UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 – N° 52

LA PÉNICILLINE

en Injections Locales

dans les affections de petite chirurgie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Mars 1948

PAR

Jean HOSTIN

Né à SAINT-CIERS-SUR-GIRONDE, le 4 Mars 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur ..... Président
CHARRIER, Professeur ... Juges
MASSÉ, agrégé ..... Juges
MAGENDIE, agrégé ... Juges

SAINTES

Imprimerie René DELAVAUD, 73, Cours National

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536526_0074

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 – N° 52

LA PÉNICILLINE

en Injections Locales

dans les affections de petite chirurgie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 17 Mars 1948

PAR

Jean HOSTIN

Né à SAINT-CIERS-SUR-GIRONDE, le 4 Mars 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur ..... Président
CHARRIER; Professeur · }
MASSÉ, agrégé ..... } Juges
MAGENDIE, agrégé ... }

SAINTES

Imprimerie René DELAVAUD, 73, Cours National

1948

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de BORDEAUX

Doyen ..... M. DUPÉRIÉ
Assesseur ..... M. CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT,
ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES LEURET, PERY

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	CREYX	Médecine expérimentale	AUBERTIN
id.	DUPÉRIÉ	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale et gynécologique	CHARRIER	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE	Chimie biologique et médicale.	MACHEBŒUF
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY	Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Anatomie	VILLEMIN	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Hygiène	PIÉCHAUD	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	PORTMANN
Chimie	CHELLE	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Botanique et matière médicale	GOLSE	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Pharmacie	VITTE		
Physiologie	FABRE		
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN		
Zoologie et parasitologie	SIGALAS		

M. PERRENS (Maladies mentales)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR	Obstétrique	N.
Histologie	MAYER	id.	MAHON
Physiologie	N.	Ophtalmologie	BESSIÈRE
Médecine générale	BROUSTET	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
id.	SARIC	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
id.	DUBARRY	Chimie médicale	TAYEAU
id.	J. F. TRAISSAC	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	CASTAGNOU
id.	N.	Histoire naturelle pharmaceut.	GIRARD
Chirurgie générale	N.	Pharmacie	MESNARD
id.	MASSÉ	id.	N.
id.	MAGENDIE	Histoire naturelle médicale et parasitologie	N.
id.	POUYANNE		
id.	LAUMONIER		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ	Cryptogamie	GIRARD
Accouchements	N.	Pharmacie galénique	MESNARD
Puériculture	PERY	Bactériologie	MOUREAU
Zoologie et parasitologie	N.	Physiologie	Mlle ROUGIER
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI	Chimie biologique	TAYEAU
Ophtalmologie	N.	Parasitologie, biologie appliq.	PAUTRIZEL
Anatomie	RIGAUD	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER
Chimie minérale	CASTAGNOU	id.	VILLAR
Botanique	GIRARD.	Electro-radiologie	CAILLON

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Dont tous ceux qui l'ont connu m'apprennent à vénérer le vivant souvenir.

A MA MERE

En témoignage de mon amour.

A MES GRANDS-PARENTS

Faible gage de mon affection et de ma reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A TOUS LES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE L'HOPITAL DE SAINTES

Nous avons conscience de leur devoir une reconnaissance toute particulière.

Auprès d'eux, 2 ans de pratique journalière nous ont paru bien courts.

Avec la plus franche cordialité, les Docteurs Seguinot, Mazères, Fagard, Delage, Hude et Monod nous ont fait largement bénéficier de leur savoir et de leur expérience. Nous les prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre gratitude.

Au Docteur Jonchères nous devons un hommage plus direct ; il nous a confié ses malades, nous fournissant ainsi la matière de la plupart de nos observations. Nous l'en remercions bien vivement, comme nous le remercions d'un enseignement substantiel, que nous aurions voulu plus abondant encore.

Quant à son amabilité dans les rapports extra hospitaliers, elle nous a été aussi précieuse que nous a été salutaire son impérieuse discipline au lit du malade ou en salle d'opérations. De l'une et de l'autre nous lui gardons une profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Angibeau a mis son laboratoire à notre disposition ; il a bien voulu contrôler lui-même nos frottis ; nous tenons à l'en remercier. Il peut être assuré que nous garderons toujours le souvenir de son affabilité souriante.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE
MAGENDIE

Chirurgien des Hôpitaux
Croix de Guerre

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE
MASSE

Associé national de l'Académie de chirurgie
Chirurgien des Hôpitaux
Membre associé
de l'Association internationale de chirurgie

Mon cher Maître.

Nous tenons à vous témoigner ici notre profonde et respectueuse reconnaissance.

En vous soumettant notre thèse, nous avons été heureux de retrouver auprès de vous la même bienveillante sympathie dont vous aviez bien voulu nous honorer lorsque nous étions externe dans votre service ; vos conseils nous ont été précieux. Puissent vos critiques nous avoir été profitables.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARRIER

Professeur de clinique chirurgicale et gynécologique
Chirurgien honoraire des Hôpitaux
Membre correspondant de l'Académie de chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre
Officier d'instruction publique

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PAPIN

Professeur de clinique chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Membre associé national de l'Académie de chirurgie

Membre correspondant national de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de guerre

Officier d'instruction publique

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Faible témoignage de profonde reconnaissance et de respectueuse admiration.

INTRODUCTION

Avant d'aborder cette modeste étude, il convient d'en justifier le choix, d'en tracer les limites, d'en préciser les moyens.

La pénicillinothérapie, avec le bouleversement qu'elle apportait dans le traitement des maladies infectieuses, a suscité d'importants travaux d'ensemble, et un nombre considérable de publications. Mais les premiers résultats thérapeutiques précis rapportés en France concernèrent presque exclusivement des affections sérieuses ou graves. La rareté de la drogue merveilleuse, son rationnement strict, son prix de revient élevé, les difficultés relatives de son emploi, en limitaient l'usage. Le danger vital, le risque fonctionnel grave, les possibilités d'infection opératoire, les soucis de l'hygiène publique en matière de vénéréologie, l'inefficacité des anti-infectieux courants et plus particulièrement sulfamidés, telles furent d'abord les raisons dont la médecine s'autorisa pour mobiliser nos maigres ressources en pénicilline. Encore était-il nécessaire de justifier de la sensibilité du germe en cause.

Puis vint l'abondance. Avec elle, une extension considérable de la médication. Avec elle aussi, le double péril d'une utilisation défectueuse ou inconsidérée. En face de la thérapeutique nouvelle, et mesurant les dangers d'un enthousiasme aveugle, dans chaque domaine de la pathologie, médecins et chirurgiens sentent que l'heure a sonné des démarcages systématiques. Il s'agit d'éviter l'aventure des sulfamides. Il s'agit de garder intact le potentiel d'une arme exceptionnelle. Mettre au point, dans chaque type d'affection, ses modalités d'emploi, décrire avec soin les manifestations cliniques

de son action, dresser enfin un bilan précis des lésions vulnérables : voilà maintenant un travail qui s'impose.

C'est à ce travail que nous avons tenté de contribuer en matière de petite chirurgie.

Avec la grâce de Dieu — et celle de notre jury — bientôt nous-même simple médecin praticien, le désir d'étudier une question qui intéresse ce dernier, a dicté notre choix.

Le médecin praticien en effet, prête d'autant plus attention à une thérapeutique qu'il peut plus facilement l'instituer lui-même.

Quelques furoncles de la lèvre supérieure ou de l'aile du nez, bien des anthrax à tendance extensive, bon nombre d'adéno-phlegmons, d'abcès, de phlegmons circonscrits, de panaris, d'hidrosadénites rebelles, nécessitaient souvent jusqu'ici le recours au chirurgien. Ces affections, le médecin traitant lassé de l'inefficité des pommades, ou doutant de ses propres possibilités chirurgicales, peut maintenant les guérir lui-même avec quelque attention et le plus simple des matériels. Encore faut-il connaître les indications du traitement, ses modalités, ses limites, ses incidents, ses dangers, ses résulats. Or, parmi le nombre considérable de publications ayant trait à la pénicillinothérapie, les affections courantes de petite chirurgie ont été assez délaissées, en France du moins. Il est compréhensible en effet, que la guérison d'une hidrosadénite trouve moins de faveur dans le compte rendu des Sociétés Savantes que celle d'une méningite otogène ou d'une endocardite maligne. Pour si modeste qu'il soit, le problème néanmoins existe. Nous espérons que notre travail contribuera à lui fournir une réponse.

Il n'est cependant ni dans notre intention, ni dans nos moyens, d'épuiser le sujet.

Et tout d'abord il sera exclusivement question dans nos observations de pénicilline en injections locales. C'est en effet une notion parfaitement établie aujourd'hui, que la voie locale est toujours préférable à la voie générale, lorsqu'il s'agit d'une infection limitée à un tissu, ou à une zone anatomique facilement accessible ; et les affections de petite chirurgie, à leur stade simple, non compliqué de septicémie, comme c'est de loin le cas

le plus fréquent, indiquent formellement cette technique.

Ensuite, certaines affections ont été volontairement écartées de notre étude. Non qu'elles s'excluent toujours nettement de la petite chirurgie. Mais elles nous ont paru devoir trouver une place plus logique dans le chapitre des spécialités dont elles relèvent. C'est ainsi que nous n'avons rien dit des conjonctivites, kératites, blepharites, orgelets, dacryoscystites, etc., etc. Rien non plus des abcès pharyngés et des sinusites. Rien enfin du traitement de certaines métro-annexites par injections de pénicilline endo ou péri-utérines. Quant à la prévention de l'infection dans les fractures ouvertes et les plaies contuses, outre que l'épluchage chirurgical reste la base essentielle du traitement, la sulfamidothérapie locale s'avère souvent suffisante. Au surplus, l'expérience pénicillinothérapique de la guerre nous fournit en cette matière tous les renseignements nécessaires. Nos observations se bornent aux affections suivantes : furoncles, anthrax, adénites aiguës et adénophlégmons, hidrosadénites, abcès et phlegmons circonscrits superficiels, abcès du sein, panaris simples ou compliqués d'atteinte des gaines.

Pour chacune de ces affections, nous avons opéré avec la même méthode :

— Examen bactériologique toutes les fois que cela nous a été possible ;

— Injection de Pénicilline en plein foyer inflamatoire, à l'exclusion de tout autre médicament anti-infectieux local ou général ;

— Absences de toute intervention chirurgicale sauf danger pour le malade ou inefficacité du traitement ; seule, l'évacuation par simple ponction des collections purulentes a été pratiquée.

Nous avons placé les caractères particuliers d'un traitement en tête de chaque observation. Un simple coup d'œil suffira donc au lecteur pour connaître les doses employées, le rythme et la durée des injections.

Nous aurions voulu indiquer plus nettement, pour chaque affection envisagée, la posologie optima. Cela aurait entraîné pour nous l'obligation de faire varier séparément, et de façon quasi expérimentale, chacun des éléments de la thérapeutique : élément dose, élément

dilution, élément rythme, élément durée. Dans ces conditions, et pour obtenir un résultat valable, un nombre important d'observations eût été nécessaire. Celui, plus restreint, dont nous pouvions disposer, nous a interdit une plus grande précision. Au surplus, traitées ou non, l'évolution d'affections déterminées par des êtres vivants sur d'autres êtres vivants, n'a rien de mathématique : massivité de la contamination, virulence des germes, propicité du terrain, réactions individuelles, interviennent. Bon sens et esprit d'observation peuvent et doivent suppléer à des règles théoriques, nécessairement variables. Aussi, nous sommes-nous attachés à décrire soigneusement l'évolution des symptômes observés ; c'est là ce qui manquait le plus en général aux observations dont nous avons eu connaissance.

Après quelques brèves généralités sur la pénicilline, detinées surtout à justifier son emploi en injections locale, nous apporterons nos observations suivies des conclusions qui s'imposent.

GENERALITES

L'emploi thérapeutique de la Pénicilline est loin d'avoir coïncidé avec sa découverte ; dûe à Fleming, celle-ci, en effet, remonte à 1929 : une moisissure de l'air contamine accidentellement une boîte de Petri où cultivaient des staphylocoques, et il n'en faut pas plus pour que s'accomplisse un progrès immense dans le traitement des maladies infectieuses.

En « homme qui savait s'étonner à propos », Fleming entreprend d'étudier le germe vivant dont la seule présence bloque le développement des staphylocoques et lyse leurs colonies. Rapidement, il acquiert la certitude que l'effet bactériostatique du « Penicillium notatum » n'est pas dû à une influence directe de la moisissure agissant par simple contact, mais à un principe que ce « Penicillium » secrète. Ce principe, qui a une action extrêmement intense sur certains germes, Fleming lui donne le nom de Pénicilline. Il en étudie diverses propriétés physiques et biologiques, et ses constatations de base, pleinement confirmées par la suite, forment le point de départ des recherches entreprises dix ans plus tard par Chain et l'équipe d'Oxford.

Mode de préparation de la Pénicilline brute, concentration, purification, méthodes de dosages, sont en partie mis au point ; absorption, élimination, comportement du produit vis-à-vis de l'organisme et des germes, sont largement étudiés. Quelques essais thérapeutiques sont mêmes entrepris sur l'homme, avec des résultats intéressants. Il reste à préparer industriellement la Pénicilline sur une grande échelle : c'est l'Amérique qui se charge de ce travail.

Il est superflu de rappeler la suite, et l'extraordi-

naire succès du nouveau médicament.

Comme nous l'avons dit plus haut, il n'est pas dans nos intentions de faire, une fois de plus, une étude complète des propriétés physiques, chimiques et biologiques de la Pénicilline. De nombreux auteurs, infiniment plus compétents que nous, s'en sont abondamment chargés. Nous voudrions simplement rappeler quelques notions, qui, espérons-le, éclaireront notre travail.

Pourque se manifeste pleinement l'action bactériostatique, bactéricide, et parfois lytique de la Pénicilline, plusieurs conditions sont indispensables :

1° Sensibilité du germe en cause ;

2° Contact étroit de la Pénicilline et du germe, et, par conséquent, possibilité de pénétration de la Pénicilline au niveau du foyer infectieux ;

3° Concentration suffisante ;

4° Concentration maintenue pendant un temps suffisamment long.

Or, que ce passe-t-il dans les affections qui nous occupent?

Les germes le plus souvent en cause sont le staphylocoque et le streptocoque : il s'agit justement là de deux germes parmi les plus sensibles à la Pénicilline (mis à part les rares souches pénicillino-résistantes). Rappelons, en effet, qu' « in vitro » l'effet inhibiteur de la Pénicilline est observé sur ces deux germes avec des dilutions de 10^{-6} (Abraham, Chain et collaborateurs). Le gonocoque, germe le plus sensible « in vitro », ne demande que des dilutions de 20^{-6}, mais beaucoup d'autres germes, exigent des dilutions variant entre 1 : 625.000 (streptocoque viridans) et 1 : 400.000 (streptocoque anaérobie) ou même davantage.

L'emploi de la Pénicilline est donc parfaitement justifié, et doit être logiquement efficace, si les autres conditions sont réalisables.

Elles le sont pleinement, mais seulement en utilisant la voie locale. Ceci s'explique aisément. La Pénicilline, grosse molécule, diffuse mal, ou même pas du tout, à travers certains tissus, qui sont chimiquement des membranes (méninges, membranes synoviales). D'autres tissus, en outre, de par leur texture même ou leur faible vascularisation, sont peu propices à sa pénétration. C'est ainsi qu'après une injection intra-veineuse massive,

Strubble et Beelows notent des concentrations de : 17,38 U.O. au niveau du rein, 9,68 U.O. au niveau de l'intestin grêle, 8,91 U.O. au niveau du poumon, mais seulement 6,06 U.O. au niveau de la peau et 1,90 au niveau du muscle. Or, c'est au niveau de la peau et de ses annexes, du tissu cellulaire sous-cutané, des ganglions, des gaines synoviales, etc., que siègent les affections qui nous occupent. Et l'étude de leur anatomie pathologique fournit une autre explication à leur imperméabilité relative. C'est ainsi que l'existence d'une coque plus ou moins épaisse (abcès, adémo-phlegmon), d'un tissu en voie de sphacèle comportant des capillaires altérés ou détruits (furoncles, anthrax), empêche tout contact intime entre le germe morbide et le médicament introduit par voie générale. Les sulfamides mêmes, agents thérapeutiques d'une diffusion facile, agissaient mal sur les furoncles et les anthrax, avant que Legroux, à l'Institut Pasteur, ne leur adjoigne les propriétés résolutives de l'iode qui, faisant fondre le nodule, permettait leur entrée en contact avec des staphylocoques primitivement enkystés.

L'intérêt de l'introduction locale de Pénicilline apparaît alors de façon évidente. Il est évident aussi que les concentrations réalisées par cette méthodes sont infiniment supérieures à celles que permettrait la voie générale, même dans d'excellentes conditions de perméabilité.

Ce n'est pas tout. Des raisons qui constituent une gêne dans l'absorption du produit, découle, par contre, un avantage certain, en ce qui concerne son élimination. Si, en effet, l'abcès ou l'anthrax absorbent mal la Pénicilline, ils la retiennent plus longtemps, une fois-celle-ci arrivée jusqu'à eux. Dans ces conditions, une ou deux injections par 24 heures suffisent, sérieux avantage en pratique. Il devient alors facile de traiter tout à fait au début (et par conséquent dans des conditions optima) une affection bénigne et localisée, pour laquelle un traitement général par injection toutes les 3 heures n'irait pas sans quelque hésitation chez le médecin, et la plus grande incommodité chez son malade.

Il n'est pas jusqu'à l'économie importante du produit qui ne s'inscrive au bénéfice de la méthode : des doses de 10.000 à 60.000 U.O. par 24 heures sont, en général, largement suffisantes.

En résumé :

— Sensibilité quasi constante des germes en cause ;

— Possibilité de porter le médicament au niveau de foyers infectieux qui, du fait de leur siège et de leur anatomie, s'excluent en partie de son action si il est introduit par voie générale ;

— Possibilité d'obtenir d'emblée de très fortes concentrations ;

— Possibilité de maintenir ces concentrations à un taux suffisamment élevé sans multiplier le nombre des injections ;

— Economie du produit ;

telles sont les raisons, qui font de la Pénicillinothérapie en injections locales une méthode de choix, dans les affections de petite chirurgie.

Ses inconvénients sont bien faibles. Seule, la douleur au point d'injection, doit être prise en considération. Les malades l'acceptent fort bien en général, lorsque le médecin sait leur montrer les avantages du traitement.

Quant aux tissus, ils supportent parfaitement les doses utiles ; la Pénicilline conserve non seulement tout son pouvoir antibiotique au contact des humeurs, des cellules, ou des produits de désintégration, mais encore laisse intacte les défenses de l'organisme, les concentrations réalisées « in vivo », même en injections locales, restant bien loin des doses toxiques. Les quelques incidents signalés semblent être surtout le fait de Pénicillines mal purifiées ; avec les Pénicillines actuelles, ils sont excessivement rares et, au surplus, ne sont pas l'apanage des injections locales. Fièvre, dermatite, urticaire, sont des accidents qui appartiendraient en propre à la Pénicilline elle-même, et non à ses impuretés. Nous n'avons jamais observé de dermatites ou d'urticaire ; mais, par contre, nous avons noté plusieurs fois une ascension thermique transitoire, au moment des premières injections.

OBSERVATIONS

FURONCLES

Observation n° 1

FURONCLE DE LA JOUE. — Mlle G..., 25 ans, institutrice.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.

Rythme des injections : 1 par 24 heures.

Durée du traitement : 3 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 25.000 U.O., puis 10.000 U.O.

Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Il s'agit d'un furoncle de la joue gauche dont le début remonte au 1er Novembre 1946.

Le 5 Novembre, le furoncle est très douloureux, d'une rougeur sombre, reposant sur une base indurée. Il semble prêt à éclater. Il n'existe ni lymphangite ni œdème de la joue. L'état général est excellent. Il n'y a pas de température.

Résultats

Le bourbillon s'élimine les 6, 7 et 8 Novembre.

La douleur cède avec l'élimination du bourbillon.

L'état congestif paraît diminuer moins vite qu'à l'ordinaire. Il reste important les 6, 7 et 8 Novembre pour disparaître ensuite progressivement après l'élimination totale du bourbillon coïncidant avec l'arrêt du traitement.

La douleur inhérente aux injections est très vive mais se dissipe en 5 minutes environ.

Guérison sans complications.

Durée totale de l'évolution : une quinzaine de jours.

Les doses employées de 10.000 et 25.000 U.O. représentant 1 et 2,5 cm³ de liquide paraissent avoir augmenté l'état congestif.

Observation n° 2

FURONCLE DE LA LEVRE SUPERIEURE. — Mr M..., 16 ans, collégien.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration au début.

Rytme des injections : 2 injections par 24 heures pendant 2 jours; 1 injection par 24 heures pendant 3 jours.

Durée du traitement : 5 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 30.000 U.O. pendant 2 jours; 10.000 U.O. pendant 3 jours.

Dilution : 10.000 U.O./cm³ pendant 2 jours; 5.000 U.O./cm³ pendant 3 jours.

Histoire clinique et examen

Malade vu 4 jours après le début de l'affection.

Le jour de l'examen nous constatons :

— un furoncle de la lèvre supérieure, gros comme une noisette; le bourbillon, formé, n'a pas encore commencé à s'éliminer.

— un œdème de la face et de la lèvre supérieure du côté droit, s'étendant sur une surface de la valeur d'une petite paume de main.

— une douleur spontanée assez peu importante.

— pas de douleur au niveau de la veine angulaire.

— bon état général. Température : 38°.

Nous n'avons pas l'impression qu'il s'agisse d'une staphylococcie maligne de la face, mais simplement d'un gros furoncle avec œdème inflammatoire.

Résultats

Le bourbillon s'élimine aux 6e et 7e jours de l'évolution du furoncle.

La douleur, d'ailleurs assez peu importante, disparaît au cours de l'élimination du bourbillon.

L'œdème de la face et l'état congestif du furoncle sont augmentés au 6e jour d'évolution ; il semble que les quantités de liquide injecté (3 cm³ par séance) et le rythme des injections employé jusque-là (2 injections par 24 heures) ne sont pas étrangères à cette aggravation apparente — œdème et état congestif diminuant rapidement aussitôt après réduction de ces deux facteurs, réduction effectuée, il est vrai, en cours d'élimination du bourbillon.

Maintient de la température entre 38° et 39° jusqu'au 7e jour d'évolution, puis, chute brusque et définitive aux environs de 37° au 8e jour.

Injections très douloureuses. Cette douleur dure quelques minutes.

Guérison sans complications.

Durée totale de l'évolution : un peu plus de 15 jours.

OBSERVATION N° 3

FURONCLE DE L'ORIFICE NARINAIRE. — Mlle A..., 16 ans, cultivatrice.

Caractéristiques du traitement

Stade : bourbillon éliminé.

Rythme des injections : 1 injection par 24 heures.

Durée du traitement : 6 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 20.000 U.O. pendant 2 jours ; 10.000 U.O. pendant 2 jours ; 5.000 U.O. pendant 2 jours.

Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Début de l'affection le 6 Août 1946, par un petit bouton douloureux situé au niveau de la paroi interne de l'orifice narinaire gauche.

La malade entre à l'hôpital le 12 Août 1946, présentant, au niveau de la partie postéro-inférieure de la cloison nasale, un furoncle de la grosseur d'un haricot dont le bourbillon a été éliminé par expression.

L'entrée à l'hôpital a été motivée par la persistance autour du furoncle d'une zone inflammatoire de la largeur d'une pièce de 50 centimes, coexistant avec une température à 38°6.

Il n'existe ni œdème, ni lymphangite à distance. La douleur spontanée est peu importante.

Résultats

Le furoncle lui-même, et la zone inflammatoire qui l'entoure, commencent à se flétrir le 13 Août ; le 17 Août, à la sortie de la malade, il persiste encore une petite tuméfaction de la grosseur d'un pois, mais sans rougeur et à peine douloureuse à la pression.

La température est aux environs de 37°5 le 13 et le 14 Août, et se fixe à 37° le 15 Août.

Douleur vive au moment des injections, mais ne durant que quelques minutes.

A la sortie, le 17 Août, une guérison totale sans complications paraît proche et certaine.

OBSERVATION N° 4

FURONCLE DE LA FESSE. — M^me^ M..., 64 ans, sans profession.

Caractéristiques du traitement

Stade :. purement congestif en apparence. Le bourbillon n'est pas visible.

Rythme des injections : 1 injection par 24 heures.

Durée du traitement : 4 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 2.500 U.O.

Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Il s'agit d'un petit furoncle de la fesse ayant débuté 3 jours auparavant, sans aucun caractère de gravité. Pas de température.

Résultats

Un minuscule bourbillon apparaît au 5^me^ jour de l'évolution, et est retiré à la pince au 7^me^ jour.

La douleur spontanée diminue et disparaît avec l'apparition du bourbillon.

La petite tuméfaction se flétrit rapidement après ablation du bourbillon.

Durée totale de l'évolution : une douzaine de jours.

Observation n° 5

FURONCLE DE LA FESSE. — M^me^ M... (même malade que précédemment).

Caractéristiques du traitement

Les mêmes que dans l'observation n° 4, mais le furoncle est traité un jour plus tôt.

Examen

Petit furoncle traité le lendemain de son apparition.

Résultats

Le furoncle avorte.

La douleur disparaît au 4^e^ jour de l'évolution.

Durée totale de l'évolution : une huitaine de jours.

Nota. — La même malade a présenté, quelques jours plus tard, un 3^e^ furoncle de la fesse, non traité, qui a spontanément avorté.

Observation n° 6

FURONCLE DU DOS DU NEZ. — M^r^ H..., 32 ans (prisonnier allemand).

Caractéristiques du traitement

Stade : purement congestif en apparence.

Rythme des injections : 1 injection par 24 heures.

Durée du traitement : 4 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 10.000 U.O.

Dilution : 10.000 U.O./cm^3^.

Histoire clinique et examen

Il s'agit d'un furoncle situé à l'extrémité distale du dos du nez, et ayant débuté le 22 Avril 1947.

Le 24 Avril, nous ne constatons aucune réaction locale importante et aucune lymphangite. Le furoncle est de la grosseur d'un haricot. On n'aperçoit pas de bourbillon.

Résultats

Le bourbillon apparaît et s'élimine les 25, 26 et 27 Avril.

L'état congestif augmente sensiblement les 25 et 26 Avril. Le traitement ne semble pas étranger à ce phénomène. A partir du 28 Avril, le furoncle commence à se flétrir rapidement, le bourbillon étant éliminé et le traitement arrêté.

La douleur diminue en même temps qu'apparaît le bourbillon, et disparaît avec l'élimination de celui-ci. Le 24 Avril cependant, à la vive douleur de l'injection fait place un mieux être sensible de quelques heures.

Guérison sans complications.

Durée totale de l'évolution : une douzaine de jours.

ANTHRAX

Observation n° 7

ANTHRAX DE LA NUQUE. — Mr G..., 59 ans, ingénieur.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.

Rythme des injections : 1 par 24 heures.

Durée du traitement : 3 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 40.000 U.O. le 1er jour ; 30.000 U.O. le 2e jour ; 20.000 U.O. le 3e jour.

Dilution : 10.000 U.O./cm3.

Histoire clinique et examen

Il s'agit d'un malade qui présente depuis plus d'un mois des anthrax à répétition, traités jusque-là par l'ana-

toxine et des bouillons vaccins buvables.

Cet anthrax (le 4e), débute le 4 Septembre 1947 et s'étend rapidement. Le malade entre à l'hôpital le 9 Septembre, soit 5 jours après le début de l'affection.

La douleur est vive. L'anthrax, de la largeur d'une pièce de 5 francs, repose sur une base indurée, rouge sombre. Un bourbillon commence à s'éliminer. L'état général est atteint : anorexie, asthénie, température au-dessus de 38°.

Résultats

Arrêt immédiat de la tendance extensive.

Détersion du foyer suppuré les 9, 10 et 11 Septembre ; cette suppuration reste limitée, et de nouveaux bourbillons n'apparaissent pas.

La douleur diminue nettement le 9 Septembre, dès après la première injection de Pénicilline, et le malade retrouve le sommeil ; elle disparaît presque complètement après l'élimination des débris sphacélés.

Rougeur et induration commencent à diminuer à partir du 11, dernier jour de la suppuration et dernier jour du traitement.

La température atteint la normale le 11 Septembre et y reste.

Guérison sans complications dans des délais qui nous paraissent normaux, une fois obtenue la stabilisation des phénomènes inflammatoires.

OBSERVATION N° 8

ANTHRAX DE LA JOUE ET DU MENTON. — Mr M..., 24 ans, mécanicien.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.

Rythme des injections : 2 injections par 24 heures pendant 2 jours ; 1 injection par 24 heures pendant 2 jours.

Durée du traitement : 4 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 20.000 U.O. le 1er jour ; 10.000 U.O. les 3 jours suivants.

Dilution : 5.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

L'affection a débuté, le 20 Juin 1946, par un petit bouton, au niveau de la commissure labiale gauche.

Le 25 Juin, à l'entrée à l'hôpital, le malade présente un placard cartonné rouge et douloureux occupant toute la moitié gauche du menton, la partie inférieure de la joue gauche et tendant à gagner la région sous-maxillaire du même côté. Il existe une petite zone fluctuante près de la commissure. L'état général est bon. Température 38°6.

Résultats

Arrêt immédiat de la tendance extensive.

La petite suppuration se fistulise spontanément le 26 Juin et se tarit le 28. Elle reste limitée.

La douleur s'atténue le 26 Juin et disparaît rapidement les jours suivants.

Rougeur et induration restent stationnaires pendant toute la durée du traitement, et ne commencent vraiment à diminuer que le 30 Juin. Encore l'induration persiste-t-elle le 6 Juillet, à la sortie du malade. Mais, à ce moment-là, elle tend manifestement vers une résorption totale.

La température descend progressivement et atteint la normale le 30 Juin, redevient subfébrile (37°4) jusqu'au 4 Juillet, mais retombe définitivement à 37° à cette date.

En somme, guérison sans complications, après limitation des phénomènes inflammatoires, tarissement rapide d'une petite suppuration, et résorption assez lente de l'induration initiale.

Durée totale de l'évolution : une vingtaine de jours.

Observation n° 9

ANTHRAX DE LA RACINE DU NEZ. — Mr Y..., 4 ans.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration au début.

Rythme des injections : 1 par 24 heures.

Durée du traitement : 2 jours, puis Pénicilline par voie générale.

Dose par séance : 30.000 U.O. localement.

Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

A la suite d'une piqûre mal précisée, survenue le 8 Juin, apparaît un anthrax de la racine du nez qui conduit le petit malade à l'hôpital le 12 Juin.

A l'examen, on constate l'existence d'un petit cratère en voie de suppuration situé au milieu d'une plaque indurée occupant la racine du nez et tendant à gagner la région sus-orbitaire gauche. L'œil gauche est totalement fermé par l'œdème. L'enfant répond bien aux questions, ne semble pas beaucoup souffrir, mais sa langue est saburrale et sa température a 40°8.

Evolution

Le 13 Juin : température 38°8, 39°4. L'œdème palpébral a diminué, l'œil commence à s'ouvrir, l'anthrax est moins rouge, la suppuration continue.

Le 14 Juin : l'état local est stationnaire, mais la température est à 38° le matin, 39°2 le soir. De plus, l'état général de l'enfant et une douleur vive au niveau de la veine angulaire gauche, font craindre le début d'une phlébite des sinus et l'on commence un traitement général à la Pénicilline.

Après quelques jours dramatiques, la guérison totale est obtenue en une huitaine, et l'enfant sort le 24 Juin.

Nous reviendrons en détail sur cette observation au cours de notre discussion.

Observation n° 10

ANTHRAX DE LA REGION LOMBAIRE. — Mr A..., 52 ans, ingénieur.

Bactériologie : Staphylocoque

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.
Rythme des injections : 2 par 24 heures.
Durée du traitement : 5 jours et demi.
Dose de Pénicilline par séance : 30.000 U.O. pendant 3 jours ; puis 15.000 U.O. pendant 2 jours et demi.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

L'affection a débuté aux environs du 15 Avril 1947 par un petit bouton rouge et douloureux, dans la région lombaire droite.

Le 22 Avril, un anthrax est constitué et commence à suppurer les jours suivants.

Le 29 Avril, nousvoyons pour la première fois ce malade. L'anthrax possède alors la largeur d'une petite paume de main ; plusieurs cratères suppurent au milieu d'un placard rougeâtre et induré. Les tissus avoisinants sont plus souples, mais également enflammés. L'ensemble est horriblement douloureux. Le malade se sent fatigué et dort mal. Température 38°5.

Résultats

Arrêt immédiat de la tendance extensive.

L'élimination des tissus sphacélés se poursuit jusqu'au 4 Mai.

La douleur diminue nettement dès la première injection, le 29 Avril.

Rougeur et induration commencent à diminuer le 2 Mai, après être restés stationnaires après les deux premières journées de traitement.

La température revient à la normale le 2 Mai.

La douleur inhérente aux injections est vive, mais son intensité diminue au fur et à mesure que l'anthrax

évolue vers le mieux. Elle se dissipe également de plus en plus vite.

Le malade sort le 4 Mai, et nous le perdons de vue. Mais son anthrax, rétréci, flétri, peu douloureux et dans le fond duquel apparaissent des bourgeons charnus, est en voie de guérison évidente.

Observation n° 11

ANTHRAX DE L'AILE DU NEZ. — Mr L..., 39 ans, employé.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.

Rythme des injections : 2 par 24 heures pendant 2 jours ; 1 par 24 heures pendant 2 jours.

Durée du traitement : 4 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 10.000 U.O..

Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'affection remonte au 20 Avril 1947.

Nous voyons le malade, pour la première fois, le 23 Avril.

Petit anthrax de l'aile du nez, du côté droit. Lymphangite peu étendue. Bourbillons visibles. La douleur est vive, à l'intérieur de la narine droite où pointe une petite tuméfaction au sommet de laquelle apparaît une goutte de pus. Pas de température.

Résultats

Les bourbillons s'éliminent les 24, 25 et 26 Avril.

La douleur spontanée diminue dès la première injection le 23 Avril, et disparaît totalement au cours de l'élimination des bourbillons.

La lymphangite se trouve augmentée les 24 et 25 Avril ; elle disparait le 26, après réduction du rythme des injections.

L'état congestif de l'anthrax disparaît rapidement, une fois les bourbillons éliminés.

Guérison sans complications.
Durée totale de l'évolution : une douzaine de jours.

Observation n° 12

ANTHRAX DE L'EPAULE. — M^me^ L..., 34 ans. ménagère.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 6 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 30.000 U.O.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début remonte aux environs du 15 Décembre 1947.

Le 2 Janvier 1948, l'anthrax possède la largeur d'une petite paume de main, et suppure abondamment par de nombreux cratères. La zone avoisinante est rouge, douloureuse et indurée, l'état général est bon, mais la malade ne peut dormir. Température 37°6. Le traitement a consisté jusqu'ici en compresses humides et sulfamides sans que la tendance extensive de l'anthrax se soit trouvée arrêtée.

Résultats

Arrêt immédiat de la tendance extensive.

La suppuration déjà commencée se poursuit jusqu'au 4 Janvier, date à laquelle on retire facilement à la pince les tissus séparés du vif et baignant dans le pus.

La douleur diminue franchement dès la première injection et le sommeil revient.

L'anthrax commence à se flétrir le 4 Janvier, à bourgeonner et à cicatriser les jours suivants.

Durée totale de l'évolution : un peu moins d'un mois.

HIDROSADENITES

Observation n° 13

HIDROSADENITE DE L'AISSELLE. — Mme A..., 38 ans, ménagère.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 3 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 30.000 U.O.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Malade vue et traitée, pour la première fois, le 21 Août 1947, 9 jours environ après le début de l'affection.

On constate alors l'existence d'une hidrosadénite de l'aiselle gauche, de la grosseur d'un œuf de poule, dure, bosselée, et présentant un point fluctuant ; la tuméfaction est assez douloureuse spontanément et gêne les mouvements du bras. Pas de température.

Résultats

Le pus ne se reforme pas après une ponction unique pratiquée le 21 Août.

La douleur spontanée et la gêne aux mouvements diminuent progressivement à partir du 21 Août.

L'induration est du volume d'une noix le 25 Août et a totalement disparu dans les premiers jours de Juillet.

Durée totale de l'évolution : une quinzaine de jours.

Observation n° 14

HIDROSADENITE DE L'AISSELLE. — Mr D..., 39 ans, ancien employé à la S.N.C.F.

Bactériologie : Staphylocoque

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.

Durée du traitement : 3 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 20.000 U.O.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Il s'agit d'un unijambiste chez lequel l'usage d'une courroie soutenant sa jambe artificielle et passant sous l'aisselle semble devoir être incriminé pour expliquer l'apparition et les récidives d'hidrosadénites.

Nous examinons ce malade le 11 Septembre 1947. La poussée actuelle dure depuis 10 jours. Il existe dans le creux axillaire gauche, au milieu d'une zone d'empâtement, 3 tuméfactions distinctes, grosses chacune comme une noisette. 2 d'entre elles sont fluctuantes. Lésions discrètes eczématiformes de la peau ; palpation douloureuse et gêne des mouvements. Pas de température.

Résultats

Le pus ne se reforme pas après une ponction unique pratiquée le 11 Septembre.

Douleur et gêne des mouvements commencent à diminuer dès la première injection.

Les 3 petites tuméfections distinctes, possèdent chacune, le 15 Septembre, le volume d'une bille. L'aisselle retrouve son aspect normal le 23 Septembre.

Durée totale de l'évolution : une vingtaine de jours.

Observation n° 15

HIDROSADENITE DE L'AISSELLE. — Mme V 43 ans, assistante sociale.

Caractéristiques du traitement

Stade : Mélange d'éléments suppurés avec des éléments plus jeunes.

Rythme des injections : 2 par 24 heures pendant 6 jours ; 1 par 24 heures pendant 6 jours.

Durée du traitement : 12 jours.

Dose de Pénicilline par séance : entre 20.000 U.O. et 10.000 U.O. par étapes décroissantes.

Dilution : 5.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'affection remonte au 27 Juillet.

Plusieurs petits abcès tubéreux de l'aisselle apparaissent successivement, entraînant une impotence du bras telle que la malade vient réclamer une incision libératrice, le 4 Août.

Il existe à cette date, dans l'aisselle droite, 4 petits abcès, gros chacun comme une noisette, et dont 2 sont ouverts depuis 2 jours. Mouvement du bras douloureux. Température au-dessus de 38° depuis le début de l'affection.

Résultats

Dès le 7 Août, amélioration manifeste : tarissement des fistules, cédation des douleurs, récupération des mouvements, chute de la température. Aucune fistule nouvelle n'est apparue.

L'induration reste sans changement et, malgré la prolongation du traitement jusqu'à la mi-Août, elle se résorbe lentement, comme à l'ordinaire, pour ne disparaître totalement qu'à la fin du mois.

Durée totale de l'évolution : environ 1 mois.

ADENITES AIGUES — ADENO-PHLEGMONS

Observation n° 16

ADENITE THORACIQUE. — Mr G..., 12 ans, écolier.

Caractéristiques du traitement

Stade : apparamment congestif.

Rythme des injections : 1 par 24 heures.

Durée du traitement : 4 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 20.000 U.O.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Plaie accidentelle et superficielle du dos, le 5 Août 1946. Cette plaie qui présenta d'abord un aspect satisfaisant, se met à suppurer le 13 Août.

Le malade entre à l'hôpital le 15 Août 1946. Il présente à ce moment-là, à la partie moyenne de la face latérale de l'hémithorax gauche une adénite inflammatoire de la grosseur d'une noix. Pas de fluctuation.

Evolution

On attend le 17 Août pour commencer la Pénicilline locale. On poursuit le traitement jusqu'au 19 Août inclus. La température qui était à 37°2, 37°9 le 17 Août se maintient pendant le traitement aux environs de 37°

Le 20 Août : apparition d'une zone fluctuante. Incision. Guérison.

En résumé : il faut retenir de cette observation que la suppuration n'a pas été évitée. Il est vrai que l'adénite évoluait déjà depuis 4 ou 5 jours.

OBSERVATION N° 17

ADENO-PHLEGMON SOUS ANGULO-MAXILLAIRE. — Mr R..., 3 ans.

BACTÉRIOLOGIE : Staphylocoque

Caractéristiques du traitement

Stade : purement congestif en apparence.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 4 jours.
Durée de Pénicilline par séance : 30.000 U.O.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'affection se situe dans les derniers jours de décembre 1946.

Le petit malade est envoyé à l'hôpital le 1er Janvier 1947, pour incision.

Il présente, à ce moment-là, un adéno-phlegmon sous angulo-maxillaire gauche, rouge, dur et douloureux, de la grosseur d'un œuf de poule. Pas de fluctuation. Trismus marqué. Langue saburale. Température 38°2.

Résultats

Petite suppuration les 3 et 4 Janvier (1/2 cm³ de pus chaque jour. Ce pus est aseptique le 4).

La douleur à la palpation, paraît diminuer le 3 Janvier, et a totalement disparu le 5, ainsi que le trismus.

La tuméfaction diminue lentement et persiste encore à la sortie de l'enfant, le 12 Janvier, de la grosseur d'une noisette.

La température atteint la normale le 4 Janvier et ne réapparaît pas.

Durée totale de l'évolution : un peu plus de 15 jours.

Observation n° 18

ADENO-PHLEGMON SOUS MAXILLAIRE D'ORIGINE DENTAIRE. — Mr L..., 44 ans, cultivateur.

Caractéristiques du traitement

Stade : purement congestif en apparence.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 5 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 40.000 U.O.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

L'affection est consécutive à une avulsion dentaire pratiquée 5 jours auparavant.

Le malade entre à l'hôpital le 28 Octobre. On constate alors un adéno-phlegmon sous maxillaire gauche, tendant à gagner la ligne médiane, et s'étendant jusqu'à l'angle du maxillaire. Il n'y a pas de rougeur, mais une

douleur vive, et un trismus intense. Le plancher de la bouche est souple, la langue mobile. Température 38°2. Bon état général.

Résultats

Résorption sans suppuration.

Diminution de la douleur et du trismus dès le 29 Octobre, et disparition totale le 1er Novembre.

La température redevient normale le 31 Octobre.

Le 30 Octobre, la tuméfaction n'occupe plus que le volume d'un œuf de poule et l'induration avoisinante se rétrécit vers l'angle du maxillaire. A la sortie du malade, le 3 Novembre, il reste encore une petite tuméfaction du volume d'une noix, tendant manifstement vers une guérison prochaine.

OBSERVATION N° 19

ADENO-PHLEGMON SOUS MAXILLAIRE D'ORIGINE DENTAIRE. — Mr Y..., 44 ans, cultivateur.

BACTÉRIOLOGIE : Staphylocoque

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 4 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 30.000 à 60.000 U.O.
Dilution : 3.000 U.O./cm3.

Histoire clinique et examen

Début de l'affection le 9 Avril 1947, par des douleurs vives au niveau d'une grosse molaire à la mâchoire supérieure du côté droit. Irradiations douloureuses dans l'oreille, du même côté. Dans la nuit, le malade souffre de la mâchoire inférieure. Les jours suivants, une tuméfaction inflammatoire de la grosseur d'un œuf de pigeon, apparaît dans la région sous maxillaire droite. La température n'est pas prise.

Applications de compresses humides qui n'empêchent pas l'aggravation de l'état local. Le malade entre à l'hôpital le 16 Avril. Il existe à ce moment-là, sous le maxillaire droit une tuméfaction inflammatoire de la grosseur d'un œuf de pigeon, accompagnée d'un œdème dur atteignant la ligne médiane, s'étendant de l'angle au menton, et limité en bas par l'os hyoïde.

Trismus et douleur sont importants. Température 38°4, 39°.

Résultats

Le 16 et le 17 Avril, bien qu'il n'existe pas de point fluctuant, on ponctionne la tuméfaction et on retire 2 et 1 cm³ de pus. Ce pus est d'ailleurs aseptique le 17. La suppuration est dès lors tarie et le 19 on ne ramène qu'un peu de liquide séreux aseptique.

La douleur diminue dès le début du traitement.

Œdème et trismus ont entièrement disparu le 19 Avril.

L'induration persiste encore à la sortie du malade, le 21 Avril. Mais elle a diminué, possède une indolence parfaite, et l'affection tend manifestement vers une guérison prochaine.

La température revient à la normale le 18 Avril.

Observation n° 20

ADENO-PHLEGMON SOUS ANGULO-MAXILLAIRE. — M^lle P..., 3 mois.

Bactériologie : Staphylocoque

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.

Rythme des injections : 1 par 24 heures.

Durée du traitement : 1 jour.

Dose de Pénicilline : 40.000 U.O.

Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Cette enfant présente, depuis quelques jours, un adéno-phlegmon sous angulo-maxillaire du côté gauche.

Le jour de l'examen, il possède le volume d'un œuf de poulette et présente de la fluctuation. Il existe un œdème important de la face et l'œil gauche est entièrement fermé. Pas de température.

Evolution

Une ponction retire 5 cm³ de pus qu'on remplace par 40.000 U.O. de Pénicilline. Il n'est pas injecté de Pénicilline dans l'induration elle-même.

Le lendemain l'œdème a complètement disparu, et l'œil est ouvert. Le pus ne s'est pas reformé et l'on ne donne pas suite à l'injection unique de la veille. Ce jour-là et les suivants, la température reste normale. L'enfant ne présente aucun trouble nouveau et prend normalement ses biberons.

La tuméfaction met plus de 8 jours pour disparaître complètement.

OBSERVATION N° 21

ADENO-PHLEGMON DE L'AISSELLE. — Mr M..., 27 ans, artiste peintre.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.

Rythme des injections : 1 par 24 heures.

Durée du traitement : 4 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 30.000 U.O. les 2 premiers jours ; 20.000 U.O. les 2 jours suivants.

Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'affection remonte à la mi-décembre 47.

Nous voyons le malade le 5 Janvier 48 alors qu'il existe simplement un abcès collecté qui s'accompagne d'une induration avoisinante modérée, sans rougeur, et peu dou-

loureuse spontanément. Mais les mouvements du bras sont gênés. Pas de température.

Résultats

La suppuration dure 4 jours et finit pas se faire jour à l'extérieur le 10 Janvier, malgré les ponctions. Mais la fistule ne persiste pas et se tarit le 12 Janvier.

Les mouvements du bras deviennent plus facile dès le 8 Janvier et sont sensiblement normaux le 11.

L'induration a totalement disparu le 17 Janvier.

ABCES DU SEIN

Observation n° 22

ABCES DU SEIN AU COURS DE LA LACTATION. — M^me^ F..., 35 ans, cultivatrice.

Bactériologie : Staphylocoque

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.
Rythme des injections : 2 par 24 heures.
Durée du traitement : 3 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 60.000 U.O.
Dilution : 3.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'affection remonte à 4 semaines environ.

A l'entrée à l'hôpital, le 4 février 1947, le sein est rouge et tuméfié. La douleur est modérée. Il existe une collection fluctuante de la grosseur d'une mandarine, située au-dessus de l'aérole, entourée d'une induration profonde, assez douloureuse au palper. Ganglion axillaire du côté droit. Etat général excellent. Température 37°2.

Résultats

Après deux ponctions qui ramènent 150 et 60 cm³ de pus les 4 et 5 Février, la suppuration se tarit. Le 5 Février, l'examen bactériologique révèle la présence de

nombreux polynucléaires, quelques lymphocytes et de rares staphylocoques augmentés de volume.

La rougeur a disparu le 7 Février et le sein a perdu à ce moment-là tout caractère inflammatoire aigu.

Une induration profonde et indolente persiste encore à la sortie de la malade le 10 Février.

On note une ascension thermique transitoire à 38°, 38°3 le 5 Février.

Observation n° 23

ABCES DU SEIN AU COURS DE LA LACTATION. — Mme R..., 20 ans, ménagère.

Bactériologie : Staphylocoque

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.

Rythme des injections : 2 par 24 heures pendant 5 jours ; 1 par 24 heures pendant 5 jours.

Durée du traitement : 10 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 20.000 U.O.

Dilution : 1.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'affection remonte aux premiers jours d'Avril 1947. La température est à 40° pendant 2 jours et diminue les jours suivants. Compresses humides chaudes et sulfamides ; la température tombe.

Mais, la tuméfaction continuant à augmenter, et la température étant réapparue le 18 Avril, la malade entre à l'hôpital le 21.

Le sein gauche est alors rouge, dur, douloureux et augmenté de volume. Il existe une zone fluctuante de la grosseur d'une noix, située sous le mamelon. Température à 40°.

Evolution

Le 21 Avril : ponction, 5 cm³ de pus.

Le 22 Avril : l'état local est sensiblement le même. La ponction ramène 40 cm³ de pus. Température 38°, 39°7.

Le 23 Avril : la température tombe à 37°4, 37°2. La ponction ramène 30 cm³ de pus où l'examen bactériologique révèle la persistance de quelques rares staphylocoques. La douleur spontanée est moindre, mais la lymphangite n'a pas disparu.

Le 24 et 25 Avril : la température reste aux environs de 37°.

La lymphangite a disparu.

La ponction ramène quelques cm³ de pus mélangé de lait. L'induration persiste, avec une légère douleur.

Les 27, 28, 29, 30 Avril et le 1er Mai : on continue les injections de Pénicilline dans l'induration persistante, pour voir si un traitement prolongé hâtera sa résorption. 20.000 U.O. sont faites chaque jour en une seule séance. Peine perdue. L'induration persiste comme à l'ordinaire.

Les ponctions dans l'ancienne cavité de l'abcès ne ramènent que du lait, d'ailleurs aseptique.

Le 1er Mai, apparaît une lymphangite du sein droit avec température à 39°, 40°, et qui cède au traitement banal (compresses humides chaudes).

Arrêt du traitement.

La malade sort quelques jours plus tard, gardant une induration indolore du sein, mais reprend l'allaitement sans difficultés et sans incidents.

En résumé : chute de la température et diminution de la douleur le 3e jour.

Tarissement de la suppuration le 5e jour.

Apparition d'une lymphangite de l'autre côté au 10e jour du traitement.

Persistance et évolution habituelles de l'induration, malgré la prolongation des injections.

Résultat fonctionnel parfait.

Observation n° 24

ABCES DU SEIN. — Mme S..., 35 ans, ménagère.

Bactériologie : Staphylocoque

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.

Rythme des injections : 2 injections par 24 heures pendant 3 jours ; puis, 1 injection par 24 heures pendant 2 jours.

Durée du traitement : 5 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 20.000 à 40.000 U.O.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Abcès du sein consécutif à une gale infectée, et remontant à la fin Décembre 1946.

Le 6 Janvier 1947, le sein gauche présente une induration de la grosseur d'un poing, comportant à sa partie superficielle une large zone fluctuante. La douleur est vive et la malade ne peut dormir. Température 38°.

Résultats

La collection purulente est ponctionnée les 6 et 7 Janvier ; on ramène 100 et 60 cm³ de pus. Le 8 Janvier, le pus ne s'est pas reformé.

La douleur a totalement disparu le 9 Janvier après avoir beaucoup diminué après la première ponction.

La température revient à la normale le 7 Janvier.

L'induration diminue lentement et ne disparaît que dans les premiers jours de Février.

Durée totale de l'évolution : un peu plus d'un mois.

OBSERVATION N° 25

ABCES DU SEIN EN DEHORS DE LA LACTATION. — Mlle B..., 16 ans, sans profession.

BACTÉRIOLOGIE : Staphylocoque

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.
Rythme des injections : 3 dans les 24 heures.
Durée du traitement : 24 heures.
Dose de Pénicilline par séance : 40.000 U.O.
Dilution : 4.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Il s'agit d'un abcès du sein d'étiologie inconnue, survenu chez une jeune fille, et dont le début remonte à la fin Janvier 1947.

Le 6 Février, se forme une collection fluctuante superficielle, en même temps que cesse la douleur.

Le 10 Février, nous constatons, au niveau du sein gauche, dans la région sus-mamelonnaire, une zone fluctuante de la grosseur d'une noix, entourée d'une induration mal limitée, du volume d'un œuf de poule. Ganglion axillaire. Pas de température.

Résultats

La ponction ramène 4 cm³ de pus le 10 Février.

Le pus ne se reforme pas les jours suivants. Le 14 Février, on ramène quelques centimètres cubes de liquide citrin aseptique.

L'induration persiste sans changement, à la sortie de la malade, le 14 Février. A cette date, le ganglion axillaire existe toujours, mais n'est plus douloureux.

Poussée thermique fugitive à 38°2 le 11 Février.

Observation n° 26

ABCES DU SEIN AU COURS DE LA LACTATION. — Mme S..., 25 ans, ménagère.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 6 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 50.000 U.O.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

La malade entre à l'hôpital le 3 Septembre 1947 avec un abcès du sein gauche consécutif à une lymphangite survenue le 28 Août.

On constate alors une lymphangite de la moitié inférieure du sein, une zone fluctuante située sous le mamelon, une induration de la grosseur d'une orange.

La douleur est vive. Température 37°7.

Résultats

Le pus se reforme, malgré les ponctions, du 3 au 8 Septembre.

Les injections de Pénicilline sont pratiquées dans l'induration elle-même, mais non dans la cavité de l'abcès.

On se résout à inciser l'abcès le 8 Septembre (incision radiée). Guérison.

Observation n° 27

ABCES DU SEIN EN DEHORS DE LA LACTATION. — M^me^ G..., 40 ans, ménagère.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.
Rythme des injections : 2 par 24 heures.
Durée du traitement : 4 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 20.000 U.O.
Dilution : 1.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'abcès remonte à une semaine environ.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate une lymphangite du sein droit qui est douloureux au palper, une petite zone fluctuante au-dessus du mamelon, une induration profonde de la grosseur du poing. Température 38°5.

Evolution

Malgré le traitement Pénicilliné, accompagné d'une ponction qui ramène 1 cm³ de pus, les signes locaux ne cèdent pas et la température se maintient au cours des trois premiers jours.

Le 4^e^ jour apparaît un œdème du sein qui fait craindre une suppuration profonde.

Le 5^e^ jour la température monte à 40°. On envisage d'intervenir, mais on met finalement la malade aux sulfamides.

La température baisse alors rapidement ; la lymphangite et l'œdème disparaissent. La guérison est obtenue sans intervention, et la malade quitte le service quinze jours après son entrée, conservant une induration indolente du sein.

Observation n° 28

ABCES DU SEIN AU COURS DE LA LACTATION. — Mme N..., 40 ans, ménagère.

Caractéristiques du traitement

Stade : probablement suppuratif.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 5 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 40.000 U.O.
Dilution : 5.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'affection remonte aux premiers jours de Décembre 1947.

Echec de deux traitements sulfamidés successifs. La douleur reste vive et la température persiste entre 38° et 39°, jusqu'au 20 Décembre.

A cette date, on constate une grosse tuméfaction du sein droit, qui est dur, rouge et extrêmement douloureux. L'induration est maxima dans le quadrant inférieur droit, où siège un œdème important. Il existe un ganglion axillaire, sensible. Température 38°8.

Résultats

La douleur spontanée diminue dès le début du traitement.

La température revient à la normale le 22 Décembre.

Les signes locaux, rougeur, tuméfaction et œdème persistent. Une ponction profonde reste blanche et se montre excessivement douloureuse.

Le 25 Décembre, on se résout à inciser dans le sillon sous mammaire. On évacue ainsi une abondante suppuration profondément située, retro-mammaire. Guérison.

ABCES DE LA MARGE DE L'ANUS

Observation n° 29

ABCES DE LA MARGE DE L'ANUS. — Mr P..., 60 ans, retraité.

Bactériologie : Staphylocoque

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.
Rythme des injections : 2 par 24 heures.
Durée du traitement : 4 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 20.000 U.O.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Aucune étiologie précise.

Le début de l'affection remonte au 10 Mai 1947.

Au moment où nous examinons le malade, le 15 Mai, il présente une tuméfaction rouge, horriblement douloureuse, située dans la région périnéo-scrotale. Fluctuation.

La zone fluctuante est entourée d'une induration développée surtout au niveau du bord antérieur de l'anus, du côté gauche.

La température est à 37°3. Le malade, très fatigué, ne dort pas depuis plusieurs jours.

Résultats

L'abcès collecté est évacué par ponction les 15 et 16 Mai : 5 et 2 cm³ de pus ; la suppuration se tarit alors.

La douleur cède aussitôt après la première ponction et la première injection de Pénicilline. Le 18 Mai, elle a entièrement disparu.

Une légère induration persiste encore à la sortie du malade le 18 Mai, mais la rougeur a totalement disparu.

La température reste voisine de la normale pendant toute la durée du traitement.

Deux mois plus tard, ce malade commence une récidive ; mais l'abcès avorte et se résout sans suppurer après un traitement banal à l'aide de compresses humides. Au mois de Janvier 1948, par contre, apparaît un nouvel abcès du même côté, abcès qui suppure, et qu'on traite de nouveau par la Pénicilline. On obtient une nouvelle guérison après un tarissement de la suppuration en 48 heures.

Observation n° 30

ABCES DE LA MARGE DE L'ANUS. — M^lle G..., 22 ans, employée.

Caractéristiques du traitement

Stade : purement congestif en apparence.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 6 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 30.000 U.O. diluées dans 3 cm³ de Scurocaïne, à 1 %.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'affection remonte au 14 Novembre 1947. Echec d'un traitement sulfamidé, associé aux compresses chaudes.

La malade entre à l'hôpital le 17 Novembre.

L'examen, ce jour-là, montre, sur le bord droit de l'anus, une tuméfaction diffuse de la largeur d'une petite paume de main, rouge, indurée, horriblement douloureuse, sans fluctuation.

La malade ne dort pas depuis plusieurs jours. Température 38°4.

Résultats

La douleur spontanée cède dès la première injection, et son atténuation ne semble pas à mettre uniquement sur le compte de la Scurocaïne ; en effet, la douleur ne réapparaît pas une fois passé le temps théorique d'ac-

tion de l'anesthésique. Dès le 2e jour, la douleur spontanée est à peu près nulle.

Les signes inflammatoires locaux diminuent rapidement : le 25 Novembre, rougeur et induration ont entièrement disparu.

La suppuration n'est pas évitée : une petite collection superficielle apparaît le 19, est ponctionnée, et ne se reforme pas. Le pus est aseptique.

La température descend lentement et atteint définitivement la normale le 21 Novembre.

Guérison sans incision et sortie le 27 Novembre.

Durée totale de la maladie : une dizaine de jours.

Cette malade reste parfaitement bien pendant un mois. Mais, vers la mi-janvier, elle revient avec un nouvel abcès du même côté, profond et abondamment suppuré, qu'il ne saurait être question de traiter par la Pénicilline, et qu'on incise.

Observation n° 31

ABCÈS DE LA MARGE DE L'ANUS. — Mr K., 35 ans.

Caractéristiques du traitement

Stade : congestif.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 6 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 10.000 U.O.
Dilution : 5.000 U.O./cm3.

Histoire clinique et examen

Il s'agit d'un tuberculeux osseux qui présente habituellement un petit état subfébrile.

Dans les tous derniers jours de juin 1947, le malade ressent des douleurs vives au pourtour de l'anus, augmentées par la défecation.

Il entre à l'hôpital le 2 Juillet 1947.

Il présente à ce moment-là une induration rouge et douloureuse sur le bord droit de l'anus, induration de la largeur d'une pièce de 2 francs.

Température : 37°2, 38°1.

Résultats

Résorption sans suppuration.

La douleur spontanée a disparu presque totalement le 4 Juillet.

La rougeur et l'induration ont entièrement disparu le 8 Juillet.

La température est à 37°8, 38°7 le 3 Juillet. Mais elle a repris sa valeur habituelle autour de 37°, 37°5 le 5 Juillet.

Durée totale de l'affection : une quinzaine de jours.

OBSERVATION N° 32

ABCES DE LA MARGE DE L'ANUS. — Mr G..., 38 ans, cultivateur.

Caractéristiques du traitement

Stade : congestif.

Rythme des injections : 2 par 24 heures pendant 2 jours ; 1 par 24 heures pendant 3 jours.

Durée du traitement : 5 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 50.000 U.O.

Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'affection remonte au 13 Novembre 47.

Aucune amélioration ne se manifestant malgré les bains de siège, le malade entre à l'hôpital le 20 Novembre.

L'examen, ce jour-là, montre une induration rouge et extrêmement douloureuse, s'étendant dans la région anale du côté droit, sur 10 centimètres environ dans le sens antéro-postérieur, et sur 4 centimètres environ dans le sens transversal. Sensation de léger bourrelet en arrière. Température : 39°.

Résultats

La douleur spontanée diminue sensiblement dès après la première injection, le 20 Novembre. Le 23, elle a totalement disparu.

Résorption sans suppuration.

Le bourrelet a disparu le 21 Novembre.

Rougeur et induration diminuent rapidement, pour disparaître complètement le 26 Novembre, jour de la sortie du malade.

La température revient à la normale le 22 Novembre et y reste.

Durée totale de l'évolution : une douzaine de jours.

ABCES ET PHLEGMONS DIVERS

Observation n° 33

CELLULITE DE LA JOUE. — Mme I..., 64 ans.

Caractéristiques du traitement

Stade : purement congestif en apparence.

Rythme des injections : 2 par jour pendant 5 jours ; 1 par jour pendant 2 jours.

Durée du traitement : 7 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 20.000 U.O.

Dilution : 5.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Il s'agit d'une vieille diabétique. Le début de l'affection remonte au 1er Août 1946.

Une petite tuméfaction de la joue, rouge et douloureuse, augmente rapidement et conduit la malade à l'hôpital le 5 Août 1946.

L'examen montre alors un large placard induré, rouge et très douloureux, occupant toute la joue gauche, atteignant le menton, l'aile du nez et la région sous-orbitaire du même côté. L'œil est à demi fermé sous l'influence de l'œdème palpébral. Il n'existe pas de zone fluctuante.

L'absence de bourrelet exclut l'idée d'un érysipèle.

L'état général est bon, mais la malade dort mal. Température 38°7.

Résultats

Arrêt immédiat de la tendance extensive.

La douleur disparaît dans les tous premiers jours du traitement en même temps que revient le sommeil.

Une petite suppuration limitée et superficielle apparaît le 9 Avril, et s'ouvre spontanément à l'extérieur le 10. Le 12 Avril, on agrandit l'ouverture d'un coup de ciseau en même temps qu'on arrête la Pénicilline. La suppuration est tarie le 15 Avril.

L'œdème a totalement disparu le 11 Avril, mais l'induration persiste encore le 16 Avril, date de la sortie. A ce moment-là, cependant, les lésions tendent manifestement vers une guérison prochaine.

La température descend lentement mais très régulièrement pour atteindre la normale le 12 Avril.

Guérison sans complications.

Durée totale de la maladie : un peu plus de 15 jours.

OBSERVATION N° 34

PHLEGMON CIRCONSCRIT DU DOS DU PIED. — Mr V..., 44 ans, cultivateur.

Caractéristiques du traitement

Stade : congestif.

Rythme des injections : 2 par 24 heures.

Durée du traitement : 3 jours.

Dose de Pénicilline par séance : entre 40.000 et 80.000 U.O.

Dilution : 5.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le malade s'est blessé avec son sabot, dans les premiers jours de Décembre 1946. Une inflammation du dos du pied apparaît et le malade entre à l'hôpital, le 12 Décembre.

Il présente à ce moment-là, sur le dos du pied droit, un phlegmon circonscrit, de la largeur de la paume de la main. Au centre de la tuméfaction, il existe une petite plaie, porte d'entrée de l'infection, entourée d'une zone de « mâchure » violacée, large comme une pièce de 1

franc. L'œdème inflammatoire s'étend vers les orteils et les bords latéraux du pied.

Le malade dort mal. Température 38°4.

Traitement, évolution

Le 12 Décembre, 80.000 U.O. le matin ; 60.000 U.O. le soir. Le soir, la température est à 39°3.

Le 13 Décembre, température 37°6, 37°9. La douleur spontanée est moins vive que la veille. Le malade a dormi.

Etat local sans changement, mis à part, l'apparition d'une petite collection purulente très superficielle, au niveau de la « mâchure » ; on évacue le pus par ponction. Pénicilline 60.000 U.O. matin et soir, dans le phlegmon lui-même et dans la cavité du petit abcès.

Le 14 Décembre, température 37°4, 37°5. Douleur spontanée peu importante. La suppuration s'est tarie, mais l'état local reste sans changement.

Il nous semble même, depuis 2 jours, que le pied présente un aspect moins inflammatoire le matin, avant les deux infiltrations de la journée, que le soir, après celles-ci.

On arrête le traitement.

Le 16 Décembre, l'aspect du pied est transformé. La douleur est nulle, l'œdème a totalement disparu. La tuméfaction pâlit et se flétrit.

Le malade sort guéri, le 18 Décembre, sans qu'une reprise du traitement ait été nécessaire.

En résumé :

— Action rapide sur la douleur.

— Chute de la température au voisinage de la normale en 48 heures.

— Tarissement immédiat d'une petite suppuration évacuée par ponction.

— Disparition brutale des phénomènes inflammatoires aussitôt après arrêt du traitement.

Observation n° 35

PHLEGMON LYMPHANGITIQUE. — M^me^ L..., 57 ans, cultivatrice.

Caractéristiques du traitement

Stade : purement congestif.

Rythme des injections : 3 par 24 heures.
Durée du traitement : 24 heures.
Dose de Pénicilline par séance : 50.000 U.O.
Dilution : 1.250 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Cette malade a été mordue à la main par un lapin, aux environs du 1er Février 1947. Elle rapporte l'affection actuelle à cet accident, qui, pourtant, ne s'est accompagné d'aucun phénomène inflammatoire jusqu'au 15 Février.

Le 15 Février, douleur dans l'avant-bras gauche, puis frissons et état sabural des voies digestives. Température 38°5.

Une tuméfaction rougeâtre et diffuse, apparaît au niveau de l'avant-bras et augmente rapidement, tandis que la température oscille entre 38° et 39° les 16 et 17 Février.

La malade entre à l'hôpital le 18 Février au soir.

A ce moment-là, la douleur spontanée est assez vive, occupant les trois-quarts inférieurs de l'avant-bras gauche. La rougeur, étendue à ce segment de membre, est surtout marquée au tiers inférieur et au pouce, siège de la morsure incriminée. Induration et tuméfaction diffuses, accompagnées d'un œdème marqué. L'ensemble revêt un aspect pseudo-érysipélateux, mais il n'existe pas de bourrelet. Les mouvements du pouce sont gênés, ceux du poignet le sont moins. Il existe un ganglion axillaire douloureux.

Température 37°6. Etat saburral des voies digestives.

Traitement, évolution

Première injection le 18 Février, à 21 heures. Injection très douloureuse. La douleur due à l'injection se dissipe en un quart d'heure. Mais, 2 heures plus tard, une douleur vive réapparaît dans l'avant-bras et la malade ne peut dormir.

Deuxième injection le 19 Février, à 9 heures du matin. La température du matin est de 38°4. L'état local est stationnaire.

L'injection est moins douloureuse que la veille. Cé-

dation de la douleur due à l'injection, en un quart d'heure. Bien-être pendant 2 heures. Mais réapparition de la douleur à la fin de la matinée et persistance jusqu'au soir.

Troisième injection le 19 Février, à 21 heures.

Avant de pratiquer cette dernière injection, on constate que l'état local paraît aggravé. L'avant-bras a augmenté de volume. La température est à 39°4.

La douleur due à l'injection est très vive, cesse en 15 minutes, mais, fait essentiel, ne réapparaît pas comme après les séances précédentes. La malade passe une excellente nuit et dort parfaitement.

Le 20 Février, l'état local apparaît transformé. La douleur spontanée a considérablement diminué. L'avant-bras a repris un volume sensiblement normal. Rougeur et œdème ont presque complètement disparu.

Température 37°2.

La malade sort quelques jours plus tard, toujours apyrétique. Le bras est tout à fait normal.

En résumé :

Après une aggravation apparente des signes locaux et généraux, amélioration brutale et définitive à la suite de la troisième injection.

Nota. — Cette malade est revenue dans le service 2 mois plus tard, avec un état septicémique grave, accompagné d'une éruption généralisée et revêtant un aspect semblable à celui que nous avions déjà observé au niveau de l'avant-bras. Hémoculture négative. Guérison et chute de la température après un traitement intensif et prolongé à la Pénicilline par voie générale.

Observation n° 36

PHLEGMON LYMPHANGITIQUE. — Mr M..., 7 mois.

Caractéristiques du traitement

Stade : congestif.

Rythme des injections : 3, puis 2, puis 1 par 24 heures.

Durée du traitement : 3 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 30.000 à 25.000 U.O.

Dilution : 3.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Ce nourrisson présente depuis 1 mois, une pyodermite rebelle.

Apparition, le 29 Novembre, d'une tuméfaction importante de l'avant-bras, avec plaques de lymphangite Température 39°5. L'état général est conservé : l'enfant dort et boit bien.

Le 30 Novembre, l'état local s'aggrave, et la température avoisine 40°.

L'enfant entre à l'hôpital le 31 Novembre.

On constate alors une pyodermite généralisée et un phlegmon lymphangitique de l'avant-bras droit.

Résultats

La température tombe à la normale le 1er Décembre.

Les plaques de lymphangite disparaissent le 1er Décembre, mais l'induration qui s'assouplit lentement, persiste encore à la sortie de l'enfant le 3 Décembre. A cette date, cependant, les lésions tendent manifestement vers la guérison.

OBSERVATION N° 37

ANGINE DE LUDWIG. — Mr G..., 40 ans, cultivateur.

Caractéristiques du traitement

Stade : congestif.

Rythme des injections : 2 par 24 heures pendant 3 jours ; 1 par 24 heures pendant 5 jours.

Durée du traitement : 8 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 60.000 U.O.

Dilution : 5.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'affection remonte au 20 Août 1946 et fait suite à une infection dentaire. La dent n'a pas été soignée.

Entrée à l'hôpital le 23 Août.

Dysphonie extrêmement importante. Dysphagie totale. La salive s'écoule abondamment par la bouche en-

tr'ouverte. Trismus intense. Il est impossible au malade de tirer la langue. L'haleine est fétide.

Enorme tuméfaction de la région sus-hyoïdienne qui est du volume d'un poing. Le plancher de la bouche est surélevé. L'ensemble est d'une dureté ligneuse. La douleur est modérée.

Malade abattu.

Température 39°. Pouls 110.

Evolution

En même temps qu'on commence le traitement Pénicilliné par injections locales profondes dans la tuméfaction extérieure, on hydrate le malade par un goutte à goutte rectal de sérum glucosé.

Le succès du traitement est immédiat et spectaculaire.

Le deuxième jour, le malade parle. Le troisième, il commence à avaler et se sent parfaitement bien. La tuméfaction fond d'une façon régulière et a totalement disparu le huitième jour, alors que le malade paraît depuis longtemps hors de danger.

La température, qui était descendue lentement, mais régulièrement au cours des quatre premiers jours, est à 37°5 le sixième jour et au-dessous de 37° le huitième.

Guérison totale et sortie, le neuvième jour.

En résumé :

— Action rapide et spectaculaire sur les signes fonctionnels et l'état général.

— Disparition totale de la température, de la tuméfaction et guérison en huit jours, sans intervention chirurgicale.

INFECTIONS AIGUES DE LA MAIN ET DES DOIGTS

Observation n° 38

PANARIS DE LA PREMIERE PHALANGE DU MEDIUS. — Mr P..., 46 ans, cheminot.

Bactériologie : Staphylocoque

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 4 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 10.000 U.O.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Accident initial le 25 Janvier 1945 : piqûre avec un copeau de limaille de fer, au niveau de la base de la première phalange du médius gauche.

Le 25 Janvier au soir, douleur et gonflement, qui vont en s'accroissant les 26 et 27 Janvier. L'état général est peu atteint, mais le malade ne peut dormir, dans la nuit du 26 au 27.

Il entre à l'hôpital le 27 Janvier au soir.

La douleur spontanée est vive. Les mouvements sont possibles mais douloureux.

L'inspection révèle une rougeur de la première phalange surtout marquée à sa face interne. Le gonflement, un peu asymétrique, s'étend vers l'annulaire voisin. Enfin, il existe un œdème dur à la face dorsale de la phalange.

La palpation révèle une douleur exquise provoquée à la face palmaire et un peu interne de la base de la phalange. Fluctuation à ce niveau.

La recherche des mouvements provoqués est parfaitement possible à condition d'agir avec douceur.

Bon état général. Température 37°5.

Nous concluons à un panaris suppuré de la première phalange sans participation de la gaine.

Résultats

La suppuration collectée est évacuée par ponction le 27 Janvier (face interne de la première phalange). On retire ainsi 4 cm³ de pus. Le lendemain, il n'existe pas de signes de suppuration collectée et la ponction reste blanche.

La douleur diminue le 28 Janvier et disparait totalement le 31.

Les mouvements s'améliorent dès le 28 Janvier et redeviennent tout à fait normaux dans les premiers jours de Février.

Le gonflement du doigt suit l'évolution des autres symptômes ; il disparaît totalement dans les tous premiers jours de Février.

En somme, guérison sans complications et sans incision, après ponction associée à la Pénicilline en injections locales, d'un panaris suppuré de la première phalange.

Durée totale de la maladie : une huitaine de jours.

OBSERVATION N° 39

PANARIS DE LA PREMIERE PHALANGE DE L'INDEX. ATTEINTE DE LA GAINE. — Mme A..., 60 ans, épicière.

Stade : suppuration probable.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 4 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 15.000 U.O.
Dilution : 7.500 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Piqûre au niveau de la première phalange de l'index droit avec un morceau d'émail de casserole. Cet accident remonte à la mi-Janvier 1947.

Le 20 Janvier, apparaissent douleur, rougeur et tuméfaction de l'index droit, le tout accompagné de frissons et d'une température à 39°, 40° qui persiste pen-

dant près d'une semaine. L'insomnie est complète. Pansements humides et bains, à l'eau chaude javélisée.

Fin Janvier, la malade se décide enfin à appeler son médecin lequel l'envoie à l'hôpital ; elle y entre le 1er Février.

La température est à 37°6.

Localement, nous constatons une tuméfaction modérée de tout l'index, dominant à la première phalange, et accompagnée d'une intense macération des tissus. La douleur spontanée est vive. Les mouvements spontanés et provoqués d'extension et de flexion sont à peu près impossibles. Douleur provoquée sur tout le trajet de la gaine, et particulièrement intense à la base de la phalange vers la paume de la main.

Il existe une fluctuation en bissac de part et d'autre du pli inter-digito-palmaire.

Nous concluons à un panaris suppuré de la première phalange de l'index avec atteinte probable de la gaine.

Traitement. Evolution

Le 1er Février, contre notre attente, la ponction reste blanche. Pénicilline 15.000 U.O.

Le 2 Février, amélioration en ce qui concerne les mouvements du doigts et la douleur spontanée. Température 37°4. Pénicilline 15.000 U.O.

Les 3 et 4 Février, température 37°2. Pénicilline 15.000 U.O. chaque jour.

Arrêt du traitement le 4, la douleur ayant presque disparu, et les mouvements du doigts étant redevenus sensiblement normaux. Un peu de gonflement persiste.

Il est à noter qu'une nouvelle ponction, pratiquée le 3 Février s'était révélée négative.

Le 6 Février, nous revoyons la malade. Nous constatons la présence de pus sous une mince pellicule épidermique décollée. Nous « pelons » littéralement l'index, détergeons le pus qui sourd de deux petits pertuis à la face palmaire de la deuxième phalange. Nouvelle et dernière injection de Pénicilline : 5.000 U.O.

La malade est revue le 18 Février. L'indolence est totale ; les mouvements sont normaux ; la peau a recouvré son aspect habituel, mais un léger gonflement per-

siste. Il met encore une huitaine de jours pour disparaître complètement.

En résumé :

— Guérison fonctionnelle parfaite d'un panaris de la première phalange de l'index avec atteinte probable de la gaine, et après évacuation spontanée du pus.

— Action rapide sur la douleur, l'état fonctionnel local et l'état général.

— Action plus lente sur le gonflement inflammatoire qui met plus de trois semaines à disparaître, bien que la malade se serve depuis longtemps de son doigt, sans aucune difficulté.

Il est probable que le pus existait au début du traitement, mais, étant trop épais, a échappé aux ponctions.

Observation n° 40

PANARIS DE LA PREMIERE PHALANGE DE L'INDEX. ATTEINTE DE LA GAINE. — M^me^ B..., 39 ans, femme de ménage.

Caractéristiques du traitement

Stade : congestif.
Rythme des injections : 1 par 24 heures.
Durée du traitement : 6 jours.
Dose de Pénicilline par séance : 10.000 U.O.
Dilution : 5.000 U.O./cm^3.

Histoire clinique et examen

Piqûre le 29 Novembre avec un fil de fer rouillé, au niveau de la première phalange de l'index.

Le 30 Novembre, le doigt gonfle et devient douloureux. La température n'est pas prise.

Jusqu'au 4 Décembre, la malade fait des pansements humides, sans amélioration sensible. L'état général est atteint, l'anorexie marquée, et plusieurs vomissements se produisent.

Le 6 Décembre, la malade entre à l'hôpital.

On constate, à ce moment-là, une douleur vive au niveau de la première phalange, accompagnée de gonflement et de rougeur. Le doigt est en extension, mais la flexion spontanée est impossible et l'hyperextension très

douloureuse. Douleur exquise sur tout le trajet de la gaine, et en particulier, à la base de la première phalange, vers la paume de la main.

Température 38°2.

Résultats

La douleur commence à diminuer franchement le 7 Décembre.

Gonflement et rougeur persistent jusqu'à la fin du traitement.

La température oscille entre 37°2 et 37°7 à partir du 8 Décembre sans jamais revenir à la normale, jusqu'à la sortie de la malade.

A partir du 11 Décembre, et après arrêt du traitement, on note une amélioration de la rougeur et du gonflement en même temps qu'un retour de la mobilité du doigt.

La malade sort le 15 Décembre, gardant un gonflement léger de la phalange, une petite douleur à l'hyperextension, et un état subfébrile.

La malade est revue le 28 décembre ; elle nous dit que rougeur et gonflement ont mis longtemps à disparaître totalement, mais depuis quelques jours, elle se sert parfaitement de son doigt.

En résumé : guérison sans incision et vraisemblablement sans suppuration, avec un résultat fonctionnel parfait, mais après une évolution très lente de la rougeur et du gonflement, accompagnés de la persistance d'une petite douleur à l'hyperextension.

OBSERVATION N° 41

PANARIS DE LA DEUXIEME PHALANGE DE L'INDEX. ATTEINTE DE LA GAINE. — Mme B..., 42 ans, cultivatrice.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.

Rythme des injections : 2 par 24 heures pendant 2 jours ; 1 par 24 heures pendant 8 jours.

Durée du traitement : 10 jours.

Dose de Pénicilline par séance : 20.000 U.O.
Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Le début de l'affection remonte au 10 Mars 1947. A cette date, piqûre avec une écharde de bois, au niveau de la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit.

Un panaris est consécutif à cette piqûre. Malgré des douleurs violentes, puis de l'insomnie, la malade ne se décide à consulter son médecin que le 23 mars. Celui-ci incise le panari, sur la face latérale droite de la deuxième phalange. Peu de pus à l'incision. Les signes locaux s'aggravent dans les jours suivants, et la malade est envoyée à l'hôpital, le 28 Mars.

A cette date, on constate un gonflement de la deuxième phalange qui est rouge et douloureuse. Un peu de pus sourd par l'orifice d'incision. Extension et flexion impossibles. Douleur vive à la pression, à la base de la première phalange. On conclut à une atteinte probable de la gaine.

Température 37°2.

Traitement. Evolution

Le 28 et le 29 Mars : Pénicilline 20.000 U.O. matin et soir. Peu d'amélioration locale. La température monte aux environs de 38°.

Les 30, 31 Mars et le 1er Avril : Pénicilline 20.000 U.O. chaque jour. Gonflement et rougeur diminuent, la malade récupère en partie flexion et extension. Température aux environs de 37°.

Le 1er Avril, cependant, apparaît, sous l'épiderme, une petite collection purulente qui est évacuée d'un coup de ciseau superficiel ; on s'aperçoit que cette collection, située à la face palmaire de la deuxième phalange, communique par un pertuis avec l'intérieur de celle-ci.

Les 2, 3, 4, 5 et 6 Avril : Pénicilline 20.000 U.O. chaque jour. Les signes locaux sont lents à diminuer, mais les mouvements du doigts s'améliorent de façon très sensible. Un peu de sérosité sort toujours par les orifices d'incision.

La malade quitte l'hôpital le 7 Avril.

Elle y revient le 17 Avril. Le doigt est de nouveau le siège d'un gonflement accompagné de lymphangite. La

reprise du traitement Pénicilliné n'amenant pas d'amélioration, on débride la phalange entre les deux orifices précédents ; on aperçoit alors le tendon fléchisseur, verdâtre et en voie de sphacèle.

On finit par amputer le doigt, privé de valeur fonctionnelle.

En résumé :

— Panaris de la deuxième phalange de l'index avec atteinte de la gaine, traité plus de deux semaines après son début, et cinq jours après une incision insuffisante.

— Amélioration transitoire des phénomènes inflammatoires sous l'influence de la Pénicilline, mais reprise de ces mêmes phénomènes, après arrêt du traitement.

— Nécrose du tendon.

— Amputation du doigt.

Observation n° 42

PHLEGMON DE L'EMINENCE THENAR. — M^me^ L..., 62 ans, sans profession.

Caractéristiques du traitement

Stade : suppuration.

Rythme des injections : 2 par 24 heures pendant 3 jours ; 1 par 24 heures pendant 7 jours.

Durée du traitement : 10 jours.

Dose de Pénicilline par séance : entre 20.000 et 50.000 U.O.

Dilution : 10.000 U.O./cm³.

Histoire clinique et examen

Il s'agit d'un phlegmon de l'éminence thénar et de la première phalange du pouce, d'aspect anthracoïde et abondamment suppuré.

Ce phlegmon a débuté 3 jours auparavant, et serait consécutif à une piqûre par fragment de coquille d'huître.

La malade entre à l'hôpital le 15 Décembre 1947.

Une tuméfaction noirâtre et d'aspect gangréneux par endroits, occupe toute la masse des muscles thénariens et s'étend à la première phalange du pouce. Du pus s'écoule par de nombreux cratères situés surtout à la face palmaire et dans la commissure.

La température est à 38°.

La malade est une diabétique qui présente une glycosurie à 50 grammes et une glycémie à 2 grammes.

Résultats

En 2 à 3 jours, les tissus reprennent un aspect vivant.

La suppuration continue jusque vers la fin du mois, mais la tuméfaction se flétrit et l'infection ne tend pas à s'étendre.

La température reste subfébrile jusqu'au 25 Décembre, mais tombe après arrêt du traitement à cette date.

Dans les premiers jours de Janvier, toute suppuration est tarie, les pertes de substance sont peu importantes, et le pouce est parfaitement mobile.

En résumé :

— Limitation de l'infection, chez une diabétique grave.

— Action extrêmement rapide sur les phénomènes inflammatoires.

— Chute complète de la température après arrêt du traitement.

— Guérison sans incision.

— Excellent résultat fonctionnel.

DISCUSSION

Nous aurons pour but, dans le présent chapitre, de dresser un bilan de nos résultats dans chaque type d'affection, et de présenter, à ce sujet, les opinions des divers auteurs. Les publications françaises nous ont fourni la majeure partie de notre bibliographie. Nous n'avons pu malheureusement nous procurer bon nombre de publications étrangères parues pendant la guerre. Il semble d'ailleurs que MARTIN et REBOUL aient été les premiers à conseiller la voie locale en Mai 1944, à propos d'une staphylococcie maligne de la face. Les auteurs anglo-saxons se sont mis plus tardivement à la méthode. Nous pensons donc, malgré notre carence en renseignements étrangers, avoir eu connaissance de l'essentiel en matière de petite chirurgie.

***

FURONCLES

Nous avons traité six furoncles : deux furoncles de la fesse, ayant évolué successivement chez la même malade et traités au 3e et 2e jour (obs. 4 et 5) ; quatre furoncles de la face traités entre le 2e et le 6e jour (obs. 1, 2, 3 et 6).

Parmi ces six furoncles, trois ont été traités dans les trois premiers jours à un stade purement congetif en apparence ; les résultats ont été les suivants :

Deux fois, nous n'avons pas évité la suppuration, la formation et l'élimination du bourbillon (obs. 4 et 6).

Une fois le furoncle a avorté sans suppuration

(obs. 5). Il est à noter cependant, pour ce dernier cas, que la même malade a présenté, quelques jours plus tard, un autre furoncle, non traité, qui a avorté spontanément.

Dans ces trois cas, l'action sur la douleur ne nous a pas paru bien nette ; l'évolution des furoncles, dans les observations 4 et 6 a peut-être été un peu accélérée, mais sans rien de démonstratif. Enfin, nous avons noté, dans l'observation 6, une aggravation apparente des phénomènes inflammatoires locaux après les deux premières injections, puis une évolution normale vers la guérison. Dans tous ces cas, la douleur due aux injections a été vive mais rapidement dissipée.

En ce qui concerne les furoncles traités au stade suppuratif, nos résultats ont été les suivants :

L'action sur la douleur n'a pas été démonstrative. En effet, dans l'observation 1, la douleur a disparu avec l'élimination du bourbillon, ce qui est la règle ; dans l'observation 3, le bourbillon était éliminé et la douleur spontanée peu importante ; dans l'observation 2, le furoncle, quoique volumineux, était peu douloureux.

L'évolution de ces furoncles mérite plus d'attention. Certes, cette évolution n'a pas été bouleversée. Comment aurait-il pû en être autrement ? La Pénicilline ne peut redonner la vie à des tissus morts qui doivent obligatoirement s'éliminer. Les phénomènes cellulaires et congestifs mettent un certain temps à se résorber, même après disparition de tout élément infectieux. Mais, fait essentiel, le furoncle tend vers la limitation et la guérison au lieu de tendre vers l'extension et les complications. L'observation 2 nous paraît, à cet égard, assez démonstrative : le volume du furoncle, son siège, l'œdème important qui l'accompagnaient pouvaient faire craindre une évolution maligne. Le 4e jour, l'amélioration était manifeste et le 5e aucun danger n'était plus à craindre. C'est cette évolution « au mieux » qui nous semble devoir être soulignée.

Notons, toutefois, là encore, l'aggravation apparente des phénomènes locaux après les premières injections (obs. 2 et 3).

Quant à la température (existant dans les observations 2 et 3), elle a suivi l'évolution anatomique de l'affection.

Nos recherches bibliographiques nous ont amené à constater que les résultats publiés concernant les furoncles simples étaient assez rares (nous ne parlons pas des furonculoses généralisées où le problème est évidemment différent).

C'est ainsi que Raoul DUVAL, B. MULLER et Ch. BONNET se contentent de signaler à propos de douze furoncles ou anthrax traités par eux que « l'association de Pénicilline locale au traitement général s'avéra très utile. » ROUGEY et LEMARIEZ rapportent, sans autre précision, des guérisons de furoncles du nez et du conduit auditif, à la suite d'un traitement par mèches pénicillinées associées au traitement général à doses importantes. AUBIN, s'adressant aux mêmes affections, au stade pré-suppuratif, dit les avoir jugulées en douze heures par une injection locale unique de 10.000 U.O. TURPIN et CHASSAGNE rapportent que CHAIN aurait guéri, en 1941, un furoncle volumineux, sans formation de bourbillon ni d'escarre et obtenu une cicatrisation rapide. Nous ignorons la voie et la dose employées. GRIOLET affirme avoir eu des guérisons d'anthrax et de furoncles en trois à cinq jours avec des doses totales de l'ordre de 200.000 U.O. réparties en une ou deux injections locales par 24 heures.

Par contre, pour F.-F. HELLIER, l'emploi de la Pénicilline par voie locale n'est pas particulièrement favorable dans le traitement du furoncle. Malheureusement, nous n'avons pû avoir en main le texte complet de sa communication. Mais il est possible que cet auteur ait été frappé comme nous, par le peu de modifications apportées par le traitement à l'évolution des furoncles simples.

BERROD, dans sa thèse, fournit des précisions intéressantes. Il emploi des doses de 2.000 à 20.000 U.O. par jour. Il utilise la Pénicilline en infiltrations locales aussi bien pour des furoncles déjà évolués que pour des furoncles au début. Dans ce dernier cas, il dit avoir obtenu des guérisons sans suppuration. La possibilité de complications est, pour lui, une indication formelle de la méthode. Mais il ne rejette pas les traitements classiques pour les furoncles bénins autres que ceux de la face.

Notre opinion est voisine de la sienne : nous pensons que dans les furoncles bénins vus tout à fait au

début (avant le 3e jour) l'action abortive de la Pénicilline peut être tentée, sans trop espérer des résultats constamment favorables, ni au point de vue de la douleur, ni au point de vue de l'évolution.

Les furoncles bénins suppurés ne nous paraissent guère bénéficier du traitement.

Par contre, tout furoncle à tendance extensive, tout furoncle tardant à guérir, tout furoncle de la face doit être infiltré : l'action limitative de la Pénicilline trouve là sa meilleure indication.

Il faut s'attendre souvent à une augmentation passagère des signes inflammatoires locaux, qui cessent avec une diminution des doses ou du rythme des injections.

ANTHRAX

Nous avons traité six anthrax (obs. 7, 8, 9, 10, 11 et 12). Trois d'entre eux (obs. 10, 11 et 12) suppuraient par des cratères multiples. Les nos 10 et 12 évoluaient depuis une quinzaine de jours et tendaient encore à s'étendre.

Deux autres ne présentaient qu'une suppuration limitée, un seul cratère, et l'induration dominait (obs. 7 et 8).

Les résultats obtenus nous ont paru d'une constance remarquable :

— Les anthrax qui comportaient des cratères multiples ont vu leur tendance extensive bloquée ; l'élimination des débris sphacélés s'est produite comme à l'ordinaire. Mais c'est seulement du jour où a été employée la Pénicilline que la guérison s'est amorcée. C'est sur ce point que nous voudrions insister.

— L'action sur l'induration a été plus lente.

— Par contre, l'action sur la douleur et l'état général a été très sensible.

Deux autres cas (obs. 7 et 8) nous permettent des conclusions analogues : la suppuration, très limitée au départ cette fois-ci, est restée limitée. On peut donc parler dans ces cas d'une véritable action abortive, puisque des tissus indurés, qui auraient certainement évolué vers la suppuration dans les jours suivants, sont restés au stade initial et se sont lentement assouplis.

Notons enfin que la température est tombée en trois jours dans les observations 7 et 10, et en cinq jours, mais de façon transitoire, dans l'observation 8 (les autres malades ne présentaient pas de température).

L'observation 9 est un peu particulière. La suppuration était limitée, le début récent, l'induration dominante ; mais le siège de l'anthrax au voisinage immédiat de la veine angulaire était particulièrement dangereux. Devant des signes généraux inquiétants, la persistance d'une température élevée (malgré une chute sensible dès le lendemain de l'entrée à l'hôpital) nous n'avons pas osé appliquer un traitement uniquement local. La guérison a été obtenue à la suite d'un traitement mixte : Pénicilline locale et générale, sulfamides. L'anthrax lui-même a évolué comme dans les deux observations précédentes : disparition rapide de l'œdème et de la rougeur, suppuration minime, résorption lente de l'induration.

Le traitement local, seul, aurait-il suffi? Evidemment non si l'infection avait cessé de rester limitée à l'anthrax primitif. Mais cette observation ne tend nullement à prouver que le seul traitement local soit incapable de barrer la route aux complications à distance : nous ne pouvons affirmer, en effet, que dans ce cas, la dissémination des germes était inexistante avant tout traitement, les signes de certitudes de la thrombo-phlébite étant des signes tardifs.

Mais nous croyons que, en ce qui concerne les anthrax de la face, dans les cas douteux où la stricte localisation de l'infection ne peut être affirmée, la prudence exige un traitement général.

La littérature fournit, concernant les anthrax d'assez nombreuses observations. Les staphylococcies malignes de la face y tiennent une part importante, leur pronostic ayant été bouleversé par l'avènement de la Pénicilline. En réalité, si les staphylococcies malignes de la face revêtent souvent la forme anatomique d'un anthrax, elles sont avant tout individualisées par leur caractère de gravité, comportant le double danger de la thrombo-phlébite des sinus et de la septicémie ; les lésions qu'elles comportent peuvent être un peu différentes des lésions de l'anthrax vrai. Néanmoins, leur point de

départ est presque toujours un furoncle ou un petit anthrax de la lèvre supérieure ou de l'aile du nez et leur place logique est dans cette partie de notre exposé.

Les premiers en France, MARTIN, SUREAU et VITTOZ ont rapporté en 1944 un premier cas de guérison aujourd'hui bien connu : ils avaient employé un traitement mixte pénicilline locale-sulfamides. MARTIN et REBOUL, HURIEZ et LEBORGNE, LEMIERRE et LAPORTE, etc., etc., ont rapporté depuis bien d'autres cas de guérison en employant le traitement local seul, le traitement général seul ou, plus souvent les deux associés. Dans les staphylococcies malignes le traitement associé offre évidemment le maximum de sécurité.

Quelques échecs ont été cependant signalés, tous dûs à un traitement trop tardif, l'intoxication de l'organisme était trop profonde, ou la thrombo-phlébite des sinus craniens irrémédiablement constituée.

RAOUL-DUVAL, B. MULLER et Ch. BONNET, HURIEZ et LEBORGNE, BOULIN, MASSUBUAU et NEGRE, MOLLINEDO, BERROD, GUILLERET, GRIOLLET, etc., etc., ayant traité par infiltrations locales des anthrax banaux, insistent tous sur l'action « limitative » et parfois abortive de la Pénicilline, particulièrement intéressante chez les sujets âgés ou diabétiques. Ce qui est certain, c'est que l'action abortive de la Pénicilline sur des indurations non encore totalement suppurées nous a parue beaucoup plus nette dans les anthrax que dans les furoncles. Cela tient sans doute au fait que l'anthrax étant une agglomération de furoncles d'âges différents, on infiltre, dans l'induration, des lésions très jeunes, à côté d'autres qui le sont moins ; tandis que le médecin voit rarement un furoncle avant le troisième ou le quatrième jour, date à laquelle le sphacèle est en voie de constitution, même si le bourbillon est encore inapparent.

Certains auteurs, tel HURIEZ, jugent nécessaire de compléter le traitement local par un traitement général dans les anthrax des vieillards vus tardivement ; STHAL, par contre, estime ce dernier le plus souvent inutile et inopérant. Nous pensons qu'il s'agit là de cas d'espèce : une septicémie avérée ou menaçante, une localisation à distance, un âge avancé favorable aux complications, un état staphylococcémique chronique se manifestant par

des furoncles ou des anthrax à répétition commandent évidemment l'adjonction du traitement général ; mais lorsqu'il s'agit d'un anthrax isolé et que la température cède régulièrement sous l'influence des infiltrations locales, celles-ci nous semblent suffisantes.

Par contre, l'intervention chirurgicale a pû être parfois nécessaire malgré la mycothérapie (HURIEZ, FONTAINE, JOULIA). En tous cas elle est restée minime se bornant à évacuer une suppuration collectée et il ne saurait plus être question désormais de l'ancienne et classique incision en croix ou de l'excision au bistouri électrique.

Pour conclure, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici l'opinion de BERROD, qui reflète dans son ensemble celle de tous les auteurs : « ...ainsi, l'anthrax qui suivait une marche ascendante, étendant autour de lui son auréole d'œdème ou de trainées lymphangitiques semble stoppé net. Il passe par une phase de sidération, pourrait-on dire, de 24 heures, où les symptômes semblent immobilisés. Puis vient la défervescence, il pâlit et se flétrit. Il n'y a pas de suppuration, ce qui évite ces cicatrices disgracieuses que portent généralement les anciens malades ». Cette dernière phrase ne s'applique évidemment qu'aux anthrax traités avant la phase suppurative et nous semble encore un peu trop absolue. Il en reste néanmoins que la suppuration se limite au minimum en durée et en importance. Ajoutons à cela une diminution extrêmement intéressante et rapide de la douleur, une amélioration nette des phénomènes généraux, une chute habituelle de la température en trois à cinq jours, le peu de fréquence d'une intervention toujours minime, et nous comprendrons tout l'intérêt de la méthode dans le traitement des anthrax.

HIDROSADENITES

La bibliographie concernant le traitement des hidrosadénites par la Pénicilline est à notre connaissance, à peu près inexistante.

PAUTRIER et WASMER ont obtenu de bons résultats en utilisant des doses de 1.000 à 4.000 U.O. en injections locales quotidiennes : disparition de la douleur

en 24 à 48 heures et affaissement des lésions en quatre à cinq jours.

FONTAINE, par contre, a publié deux cas d'hidrosadénites phlegmoneuses pour lesquelles l'incision n'a pu être évitée. S'il affirme que ces deux cas ont néanmoins bénéficié du traitement Pénicilliné, il ne précise malheureusement pas les doses employées et la voie d'introduction du médicament.

Nous avons traité trois hidrosadénites de l'aisselle, toutes les trois suppurées (obs. 13, 14 et 15). Dans deux cas (obs. 13 et 14), il existait une ou plusieurs petites collections que nous avons simplement ponctionnées en remplaçant le pus par de la Pénicilline. Dans les trois cas, nous avons observé :

— Une amélioration immédiate des douleurs, le bras récupérant sa facilité de mouvements.

— Un tarissement rapide de la suppuration.

— Dans l'observation 15, où il existait de la température, celle-ci est revenue à la normale en trois jours.

— Par contre, la disparition de l'induration a été plus lente : une semaine environ dans les observations 13 et 14 un mois dans l'observation 15. Notons à ce sujet que la prolongation du traitement pendant 12 jours dans l'observation 15 semble n'avoir eu absolument aucun effet sur la rapidité de résorption des phénomènes fibro-cellulaires.

Il est évidemment difficile de se faire une opinion sur un aussi petit nombre d'observations. Néanmoins, nous avons eu connaissance de plusieurs autres cas observés par des médecins amis. L'inconstance des résultats obtenus en a été la marque. Les récidives à brève échéance, en particulier, ont été fréquentes. La difficulté de porter sur le traitement de l'hidrosadénite un jugement valable provient, croyons-nous, de la variabilité de son évolution. Tantôt, en effet, après une suppuration franche évacuée par incision la guérison est rapide et la tuméfaction s'affaisse ; tantôt, au contraire, des fistulisations multiples se produisent et l'affection se prolonge avec une ténacité désespérante, tendant vers la formation de nouveaux foyers. En tout état de cause, nous pensons que le traitement Pénicilliné local doit être tenté malgré l'inconstance des résultats obtenus. On y adjoindra, s'il y a lieu, les ponctions évacuatrices. Il sera nécessaire de pratiquer, par des piqûres très rapprochées une

infiltration soigneuse de la région malade, et la débordant largement ; le traitement sera prolongé assez longtemps, pendant 8 à 10 jours, pour éviter les récidives tardives. Il sera toujours temps, en cas d'échec, d'inciser la lésion ou même de pratiquer l'exérèse de la peau de l'aisselle dont il n'est pas besoin de signaler parfois les inconvénients au point de vue cicatrisation.

ADENITES AIGUES ET ADENO-PHLEGMONS

Des résultats favorables ont été rapportés dans le traitement de ces affections par Mme OLLIER-DOLFUSS et BALLE, et par HURIEZ : la Pénicilline générale avait été associée au traitement local.

Nous apportons six observations d'adénites ou d'adéno-phlegmons traités par la seule Pénicilline locale (obs. 16, 17, 18, 19, 20 et 21).

Pour bien juger des résultats obtenus dans ces affections, il nous paraît indispensable de rappeler brièvement quelques points de leur anatomie pathologique. L'inflammation atteint deux tissus différents : le ganglion lui-même (adénite) ; le tissus périganglionnaire (péri-adénite). Pratiquement, il y a toujours un degré plus ou moins important de péri-adénite et lorsque celle-ci domine on donne à l'ensemble le nom d'adéno-phlegmon. Les lésions anatomiques peuvent rester dans l'un et l'autre tissu au stade purement congestif. A un stade plus avancé, ensemble, séparément, ou indépendamment l'un de l'autre, ganglion et tissu ganglionnaire sont d'abord le siège de multiples petits foyers suppuratifs,qui, se réunissant, aboutissent plus tard à la collection purulente. Par conséquent, la suppuration est anatomiquement établie avant d'être perceptible en clinique par la recherche de la fluctuation. Ce dernier fait nous explique qu'on ne peut attribuer à la Pénicilline une inactivité certaine dans la prévention des suppurations survenant en début de traitement, ces suppurations, quoiqu'inapparentes pouvant fort bien préexister à toute introduction du médicament. De même, des cellules déjà tuées par des toxines microbiennes, mais non encore suffisamment désagrégées pour être entrées dans la composition du pus, contribueront bientôt inéluctablement à sa formation, la

Pénicilline ne pouvant rendre la vie à des tissus morts. Ces deux faits expliquent pour nous la suppuration survenue malgré tout dans les observations 16 et 17.

Rappelons enfin qu'adénites et adéno-phlegmons s'accompagnent, surtout au cours de la phase suppurative, d'une réaction conjonctive de sclérose particulièrement importante au niveau du ganglion. Ceci nous explique que si rougeur et œdème disparaissent rapidement (2 à 5 jours dans les observations 17, 19 et 20) l'induration par contre, traduisant des phénomènes fibro-cellulaires plus lents à apparaître comme à se résorber, persistent plus longtemps (plus de 8 jours dans toutes nos observations).

Nous résumerons ainsi nos résultats :

— L'élément infectieux est rapidement maîtrisé ce qui se traduit par un retour de la température à la normale en 3 jours environ et, quand elle existe, par un tarissement de la suppuration plus rapide encore.

— Même lorsque l'affection est traitée à un stade purement congestif (en apparence du moins) la suppuration n'est pas toujours évitée ; mais dans ce cas, elle ne s'étend pas et reste de courte durée.

— L'action sur la douleur se manifeste très rapidement.

— Parmi les symptômes objectifs les plus rapidement influencés figurent la rougeur et l'œdème.

— L'induration est la dernière à disparaître (plus d'une semaine).

— La Pénicilline en injection locale permet d'éviter l'incision. Seule se révèle utile et suffisante la simple ponction évacuatrice, la cavité résiduelle remplie de Pénicilline devenant rapidement aseptique (obs. 17 et 19).

ABCES DU SEIN

PORTES et MAYER se basant sur 39 cas d'infection mammaires observés par eux ont fait une étude intéressante des résultats que permet d'obtenir le traitement Pénicilliné. Leurs conclusions peut se résumer comme suit :

— *Lymphangites simples :* pas de traitement Pénicilliné, l'affection restant passagère et cédant aux compresses humides chaudes dans l'immense majorité des cas.

— *Mastites diffuses non collectées :* traitement mixte général (80.000 à 120.000 U.O. en 24 heures) et local (10.000 à 20.000 U.O. répétées deux ou trois fois). Les résultats observés sont les moins spectaculaires de tous: disparition rapide de la douleur et chute de la température, mais résolution lente des phénomènes locaux. Une poussée thermique transitoire est habituelle après chaque séance d'infiltration. Enfin, le traitement local est excessivement douloureux, et les auteurs ont dû pratiquer chaque fois une anesthésie générale à l'évipan.

— *Abcès du sein collectés:* traitement mixte. Ponctions et infiltrations sous anesthésie. Disparition presque immédiate des douleurs, tarissement rapide de la suppuration et chute de la température.

— *Abcès du sein avec lymphangite :* le traitement local est contre-indiqué par la lymphangite ; celle-ci augmente, en effet, après chaque infitration, accompagnée d'une poussée de température. Pour ces auteurs, tout se passe comme si la Pénicilline pénétrait mal dans les vaisseaux lymphatiques ce qui expliquerait les mauvais résultats obtenus ; on se contente donc du traitement général jusqu'à ce que la lymphangite ait disparu.

— *Abcès du sein incisés et fistulisés :* traitement général et local en injections. Application d'une pâte Pénicillinée à la surface du sein: tarissement rapide de la suppuration.

Dans toutes ces catégories d'abcès les résultats tardifs ont paru très intéressants à ces auteurs : si tuméfaction et induration persistaient assez longtemps l'incision avait été évitée et les possibilités d'allaitement demeuraient intactes, une fois passée la période d'inflammation aiguë.

FONTAINE, par contre, rapporte un échec complet dans un cas de mastite grave.

En ce qui nous concerne, nous avons traité 7 abcès du sein en utilisant exclusivement la voie locale en injections.

Dans 4 cas (obs. 22, 23, 24 et 25) nous avons obtenu des résultats intéressants : diminution de la douleur et chute de la température en deux à trois jours quand elles existaient, tarissement de la suppuration dans le même temps. Dans tous ces cas l'incision a été évitée.

Mais la persistance de l'induration a toujours été longue.

Dans l'observation 26, l'échec partiel du traitement nous paraît imputable à un défaut de technique : la Pénicilline n'a pas été injectée dans la cavité de l'abcès mais seulement autour. L'incision, dans ce cas, a paru nécessaire, le pus s'étant reformé malgré les ponctions.

Nous avons eu deux échecs (obs. 27 et 28). Dans l'observation 27, nous avons eu l'impression que le traitement n'empêchait pas l'aggravation des signes locaux et généraux ; la guérison n'a été obtenue qu'après arrêt de la Pénicilline et cure sulfamidée. Peut-être faut-il voir la cause de cet échec dans le fait qu'il existait une lymphangite. Il est possible cependant que l'action de la Pénicilline se soit manifestée à retardement, comme cela a été signalé dans les infections générales, et que la poussée de température à 40° soit un incident proprement Pénicilliné. Mais rien ne permet de l'affirmer.

Dans l'observation 28, il semble bien que nous nous soyions adressés d'emblée à un abcès profond collecté ayant échappé à la ponction. L'incision a paru nécessaire malgré une amélioration de la température et un retour du sommeil.

Que conclure de ces résultats? C'est que, s'il existe de nombreux types d'abcès du sein pour l'anatomo-pathologiste, il ne doit pas en exister autant pour nous : ou bien il s'agit d'abcès tout à fait au-début ou présentant une suppuration collectée évidente et facilement accessible ; ou bien il s'agit d'inflammations évoluant depuis plus longtemps, sans fluctuation nette, la suppuration restant douteuse ou profonde.

Si dans le premier cas, le traitement peut être tenté sans danger et reste le plus souvent efficace, ses indications paraissent plus discutables dans le second. En effet, avec ou sans Pénicilline, le grand principe chirurgical de l'évacuation des suppurations collectées ne doit jamais être oublié. Cette évacuation est facile dans le cas d'abcès superficiels ; la Pénicilline rend alors la simple ponction suffisante. Mais, la suppuration est-elle profonde, douteuse ou mal localisée, la ponction apparaît en bonne logique comme assez peu satisfaisante ; elle est aveugle ; elle risque de manquer la collection, ou de traverser au contraire une mince lame de liquide portant l'infection dans les tissus voisins ; elle risque de

rester blanche, le pus étant trop épais pour monter dans l'aiguille, d'où il résulte une erreur diagnostique et thérapeutique ; enfin, les collections profondes des abcès du sein sont souvent à foyers multiples, sans communications entre eux. En tous cas, si la ponction est pratiquée avec un trocart suffisamment large pour permettre une aspiration efficace, elle est toujours extrêmement douloureuse : PORTES et MAYER sont obligés de recourir à l'anesthésie générale. C'est encore une opération de petite chirurgie, ce n'est déjà plus guère du ressort du médecin praticien. Celui-ci limitera donc son activité au domaine des abcès au début et des suppurations franchement extériorisées ; il évitera ainsi les longues suppurations et les cicatrices inesthétiques. Mais, si il soupçonne une suppuration profonde, si rougeur et œdème ne disparaissent pas après quelques séances, il confiera sa malade au chirurgien : les ponctions sous anesthésie et les infiltrations locales de Pénicilline pourront être tentées sous couvert d'une surveillance éclairée ; mais il nous semble que la classique incision sous-mammaire n'a pas perdu tous ses droits.

ABCES DE LA MARGE DE L'ANUS

Autant qu'il nous paraît possible d'en juger sans intervention chirurgicale, les abcès que nous avons traités étaient du type sous-cutané ou sous cutanéo-muqueux.

Les quatre cas que nous avons traités ont constitué quatre succès rapides (obs. 29, 30, 31 et 32). Dans tous les cas, l'incision a été évitée ; la ponction a suffi dans un cas où le pus existait avait le traitement (obs. 29), comme dans un autre où il a fait une apparition sans lendemain (obs. 30). Nous avons toujours observé une chute rapide de la température, en deux jours environ, une diminution immédiate de la douleur puis sa disparition complète (particulièrement frappante dans les observation 29 et 30), une résorption sans suppuration ou après une suppuration minime. L'induration a mis un peu plus de temps à disparaître.

Cependant nous avons eu deux récidives (obs. 29 et 30). Il est vrai que le hasard a voulu qu'au même moment entre à l'hôpital un malade présentant un abcès

de la fosse ischio-rectale, récidivant... pour la quatrième fois en 7 ans. Il avait toujours été incisé !

Il ne nous paraît donc pas du tout évident que les récidives que nous avons observées soient à compter comme une tare spécifique de la méthode. Il est probable que la cause d'infection a subsisté chez nos deux malades et il est bien évident que seul, le traitement de cette cause peut faire espérer un résultat définitif. Et là, l'incision ne peut rien, pas plus que la Pénicilline.

Nous n'avons trouvé aucune bibliographie concernant le traitement de cette affection par des injections locales de Pénicilline.

Il est probable que ce traitement n'a jamais été utilisé dans ces abcès considérés comme presque toujours à colibacille.

Evidemment beaucoup de ces abcès sont imputables au colibacille ou aux anaérobies. Mais quelques-uns d'entre eux doivent relever de germes sensibles à la Pénicilline, puisque dans tous nos cas celle-ci a eu une action évidente et qu'une fois nous avons mis en évidence du staphylocoque. C'est pourquoi il sera bon de pratiquer chaque fois un examen bactériologique, ou à défaut un traitement d'épreuve de 2 ou 3 jours. Cela en vaut la peine, car la méthode que nous préconisons paraît être un bon moyen d'éviter les fistules, tares possibles du traitement chirurgical, en tous cas moins simple et moins rapide.

Mais, une fois encore, qu'on ne veuille bien lire ici que ce que nous voulons y mettre ; il est bien entendu que les seuls abcès justiciables du traitement pénicilliné local sont les abcès superficiels, les abcès dits de la marge de l'anus. Les abcès profonds, les abcès ischio-rectaux s'excluent de ce traitement. La ponction risque fort d'être insuffisante ou de se perdre en dehors de la suppuration. En ce cas, l'incision reste le seul traitement logique.

ABCÈS ET PHLEGMONS DIVERS

Nous avons traité 5 abcès et phlegmons divers (obs. 33, 34, 35, 36 et 37).

Tous nos malades ont bénéficié du traitement puisque nous avons obtenu une resorption sans suppuration

(obs. 35, 36 et 37), ou avec une suppuration minime (obs. 33 et 34). Nous avons noté, comme toujours, une action rapide sur la douleur, une limitation immédiate des phénomènes inflammatoires, une diminution plus lente, en général, du gonflement et de l'induration. Quant à la température elle est tombée brusquement en 36 à 48 heures dans les observations 34, 35 et 36 ; elle a effectué une descente progressive mais régulière en une huitaine de jours dans les observations 33 et 37.

Deux faits méritent d'être soulignés : c'est d'abord l'aggravation apparente des signes locaux (et même une fois de la température) notés dans les observations 34 et 35, puis leur brusque cédation à l'arrêt du traitement ; c'est ensuite le résultat tout à fait spectaculaire obtenu dans une angine de LUDWIG (obs. 37) : l'amélioration fonctionnelle a été presque immédiate et la tuméfaction a littéralement fondu sous nos yeux. Lorsqu'on connaît la gravité des phlegmons du plancher de la bouche, les larges incisions qu'exigeait leur traitement pour un résultat trop souvent catastrophique, on comprend toute l'étendu du progrès réalisé par le traitement pénicilliné local.

RAOUL-DUVAL, B. MULLER et Ch. BONNET ont obtenu un succès après incision adjuvante, et une mort, dans deux angines de LUDWIG l'une à pneumocoque, l'autre à perfringens. RICHARD signale des résultats variables. Mais ces auteurs n'ont employé que le traitement général. Par contre, STHAL et STEPHAN qui ont utilisé un traitement mixte local et général ne rapportent que des succès rapides. CORLAT insiste sur la sensibilité toute particulière de cette affection, comme sur celle d'ailleurs de toutes les cellulites de la face.

En ce qui concerne d'autres types de phlegmons, DE GENNES et MAHOUDEAU, utilisant les injections locales associées à l'Adiazine ont obtenu une excellente guérison « infectieuse » avec tarissement de la suppuration en trois jours dans un gros phlegmon du cou ; mais une perte de substance importante a nécessité une greffe ultérieure.

INFECTIONS AIGUES
DE LA MAIN ET DES DOIGTS

Ces affections présentent des formes anatomiques nombreuses. Les conclusions qui suivent s'appliquent uniquement aux panaris du tissu cellulaire sous-cutané et aux ténosynovites. Les autres infections aiguës de la main et des doigts bénéficient certainement du traitement pénicilliné local, mais n'ayant trouvé à leur sujet aucune bibliographie et n'en possédant aucune expérience, nous les avons écartées de cette étude.

Pour limitée que soit cette dernière c'est avec une grande prudence que nous nous engagerons dans son domaine. Les opinions doivent y être pesées. Un panaris du tissu cellulaire sous-cutané, mal traité, mal incisé, c'est l'ostéïte, l'arthrite, voire le phlegmon des gaines ou la septicémie ; ce sont des jours et des jours de maladie, une mutilation possible, la perte parfois d'un organe essentiel. Bien traité, ce sont encore deux à trois semaines au moins d'incapacité de travail. Le médecin a trop tendance à ignorer les incisions rationnelles, et les siennes lui donnant de mauvais résultats, redoute la chirurgie ; le chirurgien n'est pas à l'abri des mauvaises guérisons fonctionnelles dues à un traitement trop tardif. Un traitement médical efficace contenterait tout le monde.

Ce traitement, la Pénicilline peut-elle nous le fournir ? Quelques auteurs nous en rapportent des résultats brillants. JONCHERES a guéri sans séquelles 5 phlegmons des gaines, en utilisant un traitement mixte ou uniquement local, parfois associé aux sulfamides. Il note une action rapide sur la douleur, une amélioration fonctionnelle dès les premiers jours du traitement, et une chute progressive de la température ; il insiste sur la nécessité de commencer des injections au stade congestif ou pré-suppuratif. Il affirme sa conviction que la voie locale est suffisante à la dose moyenne de 20.000 U.O. par 24 heures en deux fois. FONTAINE et LEPOUTRE ainsi que BELLANGER ont également obtenu des guérisons sans incisions en utilisant le traitement général.

Pour notre part nous avons traité un panaris simple de la première phalange (obs. 38), 3 panaris de la pre-

mière ou deuxième phalange compliqués d'atteinte des gaines (obs. 39, 40 et 41), et un phlegmon de l'éminence thénar abondamment suppuré (obs. 42).

Une seule fois, les lésions étaient au stade congestif (obs. 40) : nous avons obtenu une guérison fonctionnelle complète, mais après une résorption lente du gonflement (près de 3 semaines).

Tous les autres cas concernent des infections au stade de suppuration. Dans l'observation 38, la ponction s'est révélée suffisante et la guérison totale a été obtenue en moins d'une semaine ; dans l'observation 39 le pus s'est évacué spontanément et nous avons noté une guérison fonctionnelle parfaite, après persistance assez longue de la tuméfaction (3 semaines environ). Dans l'observation 42, une guérison totale, absolument inespérée, avec un résultat fonctionnel excellent, a succédé au traitement. Nous soulignons l'intérêt de cette observation qui concernait une femme âgée dont le diabète était sévère.

Dans tous ces cas la douleur a cédé rapidement et la suppuration s'est réduite au minimum.

Dans l'observation 41, par contre, nous avons enregistré un échec complet. Il nous paraît plausible d'expliquer ainsi l'évolution de ce cas malheureux : le tendon était déjà atteint à l'entrée de la malade à l'hôpital le 28 Mars ; sa nécrose s'est une première fois manifestée le 1er Avril par l'apparition d'une petite collection purulente sous la peau, communicant par un pertuis avec l'intérieur de la phalange. Elle s'est manifestée une seconde fois après arrêt du premier traitement Pénicilliné par une reprise des phénomènes inflammatoires. Certes, d'après ISELIN, le tendon résisterait très longtemps à l'infection dans sa partie digitale, et les panaris de la seconde phalange se compliqueraient rarement d'atteinte de la gaine. Mais, outre qu'il a pu s'agir ici d'une inoculation directe, il ne faut pas oublier que l'affection évoluait depuis 18 jours. Dans ces conditions, et si notre hypothèse est exacte, la Pénicilline ne pouvait agir que sur l'infection des espaces celluleux de la phalange, ce qu'elle n'a pas manqué de faire lors du premier séjour de la malade à l'hôpital. En tous cas, personne ne nous affirmera sérieusement qu'après 18 jours d'évolution, une incision insuffisante dont nous ne savons pas dans quelle condition elle a été pratiquée, l'intervention chirurgicale,

effectuée le 28 Mars, eût été certainement salutaire ; de l'aveu même d'ISELIN, les ténosynovites anciennes ou secondaires à un panaris ne sont presque jamais opérables avec un résultat fonctionnel intéressant. Cette observation ne prouve donc rien ni sur l'inactivité de la Pénicilline, ni sur les dangers de son emploi. Ce qui ne veut pas dire que cet emploi soit toujours exempt de danger ; et nous allons maintenant essayer de poser avec le maximum de précision les indications de la Pénicillinothérapie locale dans les panaris et les ténosynovites.

Il est tout d'abord nécessaire de rappeler les préceptes essentiels d'ISELIN en matière d'indications opératoires :

— N'inciser que lorsqu'il y a du pus ;

— N'inciser que lorsque le siège du pus a été localisé cliniquement (ce qui nécessite évidemment une semeiologie approfondie) ;

— Toujours évacuer le pus.

Deux cas peuvent se présenter lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre un traitement Pénicilliné.

1° *Il n'existe pas d'indication opératoire :*

Il n'y a pas de pus, ou bien sa localisation est encore incertaine. Avant l'apparition de la Pénicilline il était recommandé d'attendre en mettant en œuvre un traitement médical banal : compresses, sulfamides. Profitons-en maintenant pour utiliser la Pénicilline.

Les résultats rapportés par les divers auteurs paraissent jusqu'ici extrêmement favorables puisqu'ils ne constituent que des succès. Nous avons rapporté deux observations dans lesquelles le gonflement avait mis un certain temps à disparaître ralentissant un peu la reprise de l'activité fonctionnelle ; mais les résultats finaux n'en n'ont pas moins été excellents.

L'avenir dira si le traitement Pénicilliné doit toujours être appliqué, ou si mieux vaut attendre l'heure chirurgicale. La réponse nous paraît faire peu de doute. En tous cas, les résultats obtenus nous semblent d'ores et déjà suffisants pour recommander un essai systématique de la méthode avec des chances maxima de succès.

2° *Il existe une indication opératoire :*

Du pus collecté existe et se trouve parfaitement repéré. L'acte chirurgical s'impose ; le pus doit être évacué. A priori, sous l'action de la Pénicilline sa résorption ne

doit pas être impossible car les sulfamides mêmes ont pû la compter à leur actif. Mais alors, la guérison ne valait guère mieux parfois qu'une amputation pure et simple. C'est ainsi qu'ISELIN a observé deux cas de sclérose rétractile et envahissante du doigt après une guérison médicale par traitement sulfamidé qui avait fait négliger l'évacuation du pus en temps opportun.

Si cette évacuation de pus apparaît donc toujours comme une absolue nécessité, la question se pose de savoir si la simple ponction doit remplacer l'incision depuis l'avènement de la Pénicilline.

Deux cas sont alors à distinguer :

— *Ou bien la ponction est impossible* (pus trop épais) : de toute évidence, il faut inciser en adjoignant éventuellement la Pénicilline en injections locales. L'évacuation spontanée du pus qui s'est produite dans le cas heureux que nous avons rapporté (obs. 39) ne saurait être sérieusement envisagée sans danger certain.

— *Ou bien la ponction est possible.* Il nous semble alors qu'elle puisse remplacer l'incision avec avantage (obs. 38) ; mais son emploi systématique doit être justifié par d'autres expériences.

Si l'avenir confirme les résultats déjà obtenus dans le traitement des panaris et des ténosynovites digitales par les injections locales de Pénicilline un grand progrès aura été accompli, puisque, en quelques jours, le plus souvent sans danger et sans intervention chirurgicale, *à condition de bien poser ses indications*, n'importe quel médecin pourra maintenant les guérir.

MATERIEL — TECHNIQUE

Le matériel que nous utilisons est extrêmement simple. Il se compose de seringues, d'aiguilles et de trocarts.

Les seringues sont du type ordinaire de 2, 5, 10 ou 20 cm^3. Une seringue de 20 cm^3 à ouverture large est également indispensable pour aspirer un pus souvent épais. Toutes ces seringues devront être d'une parfaite étanchéité si l'on ne veut s'exposer à voir fuir une certaine quantité de Pénicilline lors d'injections dans des tissus souvent très denses, injections qui nécessitent une très forte pression sur le piston.

Nous avons employé deux sortes d'aiguilles. D'abord des aiguilles intra-dermiques ; elles permettent, du fait de leur petit calibre, un débit très lent de la Pénicilline, et par conséquent une infiltration bien répartie avec de faibles quantités de liquide. De plus, leur pénétration dans les tissus est beaucoup moins douloureuse que celle d'une grosse aiguille, autorisant ainsi la multiplication des points d'injection, favorable elle aussi à une bonne distribution du médicament.

Les autres aiguilles que nous avons employées sont des aiguilles longues et fines, d'une dizaine de cm., du type aiguille à anesthésie locale. Il est nécessaire d'employer ces aiguilles lorsque l'épaisseur des zones à injecter interdit l'emploi de l'aiguille intra-dermique, trop courte. Ce sont ces aiguilles que nous avons employées dans les abcès du sein, les abcès de la marge de l'anus, les gros adéno-phlegmons sous-maxillaires. Mais ces aiguilles ont le défaut de ne pas être assez rigides en général et de se tordre au contact des dissus durs. Dans ce cas, une aiguille à injection intra-musculaire peut faire l'affaire.

Enfin, nous avons utilisé des trocarts, ou de grosses aiguilles pour ponctionner les collections purulentes. De grosses aiguilles de $1^{m}/^{m}5$ environ de diamètre suffisent pour les pus fluides. Mais lorsqu'il s'agit de pus épais, nous avons dû recourir à des trocarts de $1^{m}/^{m}5$ à $2^{m}/^{m}5$ de diamètre qui, seuls, permettent alors une évacuation correcte. des collections superficielles et parfaitement repérées. Il ne saurait être question, à notre avis, d'employer de tels instruments pour pratiquer, dans un sein, par exemple, des ponctions exploratrices sans anesthésie. Et même avec anesthésie la méthode nous paraît critiquable quand il s'agit de suppuration profondes : nous nous en sommes expliqués au chapitre des abcès du sein.

En ce qui concerne la technique des injections elles-mêmes, nous avons opéré de la façon suivante :

1° Injection à la jonction des tissus sains et des tissus malades pour limiter, autant qu'il se peut l'infection ;

2° Injection en plein foyer inflammatoire, en surface et en profondeur. L'aiguille est enfoncée en même temps que le liquide est injecté, exactement comme pour une anesthésie locale ;

3° Injection dans les foyers purulents, après ponction lorsqu'il s'agit d'une suppuration collectée.

Il convient d'effectuer les injections dans l'ordre que nous venons d'indiquer. Il est logique en effet d'injecter d'abord les tissus les plus sains et ensuite les plus infectés. On évitera ainsi de porter des germes dans des zones jusque-là indemnes.

Lorsqu'il existe une suppuration collectée, il faut la ponctionner et l'évacuer avant toute infiltration ; on s'expose autrement à retirer par la ponction une partie de la Pénicilline injectée à distance, et ayant pénétré dans la cavité par un trajet invisible plus ou moins complexe.

Il est toujours utile d'ajouter à la solution de Pénicilline quelques centimètres cubes de novocaïne. Pour cela on peut diluer la Pénicilline dans 10 ou 20 cm^3 de novocaïne à 1 %, lorsque la quantité de Pénicilline à injecter est de l'ordre de 2 à 3 cm^3 ; lorsqu'elle est plus importante, on ajoutera simplement la novocaïne dans la seringue au moment de l'injection.

Nous avons utilisé la novocaïne qu'une seule fois, désirant étudier les propriétés analgésiques de la Péni-

cilline elle-même. Mais son emploi systématique est à recommander, sauf peut-être chez l'enfant. Le produit anesthésique ne détruit pas la Pénicilline et n'a pas de propriété antipénicilline.

On peut également injecter une solution mixte pénicilline-sulfamide, ce qui donne un antibiotique plus polyvalent. Il est nécessaire alors d'employer exclusivement le 1162 F (néo-coccyl), qui seul possède un Ph utilisable.

Il est à peine besoin de rappeler que les antiseptiques usuels doivent être soigneusement bannis, leur contact détruisant la Pénicilline. Seul le nettoyage de la peau à l'éther ou à l'alcool est admissible.

POSOLOGIE
CONDUITE DU TRAITEMENT

Nous avons employé les doses suivantes :
Furoncles : 2.500 à 30.000 U.O.
Anthrax : 10.000 à 30.000 U.O.
Hidrosadénites : 10.000 à 30.000 U.O.
Adéno-phlegmons : 20.000 à 60.000 U.O.
Abcès du sein : 20.000 à 60.000 U.C.
Abcès de l'anus : 10.000 à 50.000 U.O.
Abcès et phlegmons divers : 20.000 à 60.000 U.O.
Panaris : 10.000 à 20.000 U.O.

Comme nous l'avons dit dans notre introduction, ces doses n'ont rien d'absolu. Elles nous ont permis en général, d'obtenir de bons résultats, c'est la seule chose que nous puissions affirmer. Mais comme à notre connaissance il n'existe pas de critère certain en ce qui concerne les doses optima à employer en injections locales, nous pensons que seule l'expérience pourra les déterminer.

Nous avons tenu compte de l'étendue des lésions en surface et en profondeur pour calculer ces doses. La dilution est fonction du liquide à injecter. C'est ainsi que nous avons employé des dilutions plus faibles dans les abcès du sein où il est nécessaire d'infiltrer une grosse masse inflammatoire, que dans les furoncles où cette masse est réduite. Nous pensons néanmoins qu'il n'y a pas intérêt à injecter trop de liquide en un même point, ce qui traumatise la lésion. Mieux vaut multiplier les points d'injection. C'est ainsi que nous avons observé plusieurs fois des aggravations apparentes des phénomènes inflammatoires locaux, qui étaient probablement en rapport avec le traumatisme dû à l'injection. Dans

ce cas il faut réduire la quantité de liquide injecté, et réduire également le rythme des injections.

Nous n'avons pas trouvé un avantage évident à pratiquer deux injections par 24 heures au lieu d'une seule. Il nous a même semblé qu'une seule injection était parfois préférable lorsque la non-régression des signes locaux peut paraître en rapport avec le traumatisme dû aux injections.

Quant à la durée du traitement, elle varie selon l'évolution observée. En moyenne elle est de l'ordre de 4 à 5 jours, les indurations inflammatoires résiduelles ne semblant pas tirer bénéfice d'une prolongation du traitement : la Pénicillinothérapie s'adresse à l'infection, et non aux modifications cellulaires qui peuvent persister après disparition de celle-ci.

Voyons maintenant comment, d'une façon générale, il convient de conduire le traitement. La première question qui doit se poser elle celle-ci : S'agit-il d'une affection encore au stade congestif, ou y a-t-il suppuration?

a) L'affection envisagée est encore au stade congestif.

Le traitement est mis en œuvre. 2 jours, 3 jours au maximum permettent de juger des résultats. Passé ce délai, on doit se décider de façon ferme à continuer le traitement ou à le modifier. Plusieurs éventualités peuvent subvenir :

1° *Les signes locaux regressent :* douleur, rougeur diminuent. Aucun signe de suppuration n'est apparu ; la température tombe. L'évolution a été en somme progressivement favorable ; le traitement pénicilliné a suffi. L'état actuel de l'affection décide alors d'une prolongation du traitement pendant quelques jours, ou de son arrêt s'il paraît dès lors inutile.

2° *Les signes locaux* ne s'amendent pas, s'aggravent ou se modifient, avec ou sans persistance de la température :

— Ou bien l'affection continue d'évoluer, les germes en cause n'étant pas sensibles ou la technique défectueuse (injections trop superficielles, mal réparties, etc., etc.) Les traitements classiques reprennent alors leurs droits ;

— Ou bien l'aggravation apparente des signes lo-

caux est dû au traumatisme thérapeutique ; un arrêt du traitement pendant 24 heures améliore l'état local. Passé ce délai, les injections sont éventuellement reprises ;

— Ou bien apparaissent des signes de suppuration. Tout se passe alors comme si nous avions à traiter une affection au stade suppuratif. C'est ce que nous envisageons dans le paragraphe suivant.

b) L'affection envisagée est au stade Suppuratif.

Le pus doit être évacué. Cela est une règle absolue. Jamais la Pénicillinothérapie ne doit être une solution de facilité, qui puisse faire oublier le traitement chirurgical classique. Autant la méthode est excellente lorsque ses indications sont bien posées, autant elle peut être dangereuse si elle est appliquée sans discernement. Savoir arrêter les injections, savoir les associer à l'évacuation du pus, ne pas laisser passer l'heure chirurgicale, voilà ce qui constitue, peut-on dire, le seul point délicat du traitement.

Y a-t-il du pus collecté? Voilà la question que chaque jour le médecin doit se poser pour la résoudre. C'est dire la nécessité d'une semeiologie attentive. Mais si le médecin est incapable de faire un diagnostic précis de l'état anatomique de l'affection qu'il soigne, mieux vaut qu'il n'utilise pas le traitement Pénicilliné.

Il existe du pus collecté. Que faire? Si le pus est superficiel, bien localisé, s'il n'existe pas d'abcès en bouton de chemise, d'une façon générale, si la ponction apparaît comme facile, suffisante et sans danger, il nous semble qu'elle doive être employée.

Mais le pus est-il profond, mal localisé? La ponction apparaît-elle comme dangereuse? Il faut inciser.

Nous pouvons dire que dans l'ensemble, furoncles, anthrax, adénites et adéno-phlegmons, hidrosadénites, relèvent du traitement Pénicilliné local seul ou associé à la ponction.

Au contraire, les abcès du sein, les abcès et phlegmons divers, nécessitent assez souvent l'incision. Quant aux panaris et aux ténosynovites nous nous sommes expliqués dans notre discussion, sur l'opportunité respective de la Pénicillinothérapie locale, de la ponction et de l'incision. Il ne nous semble pas d'ailleurs, qu'on puisse encore donner à ce sujet de règle définitive.

En tous cas, nous insistons encore sur le fait que 2 à 3 jours au maximum suffisent et doivent suffire, à juger le traitement Pénicilliné. Prolonger inconsidérément celui-ci lorsqu'il ne suffit pas, c'est s'exposer à voir apparaître une fistule indésirabe, c'est continuer de faire souffrir inutilement le malade, c'est risquer de n'obtenir la guérison qu'au prix d'un bloc de fibrose gênante.

Insistons également sur la nécessité d'injecter la Pénicilline dans les cavités purulentes elles-mêmes vidées de leur contenu. C'est là, en effet, que se trouve le maximum de germes ; c'est là aussi qu'ils sont le plus facilement accessibles. Les tissus péricavitaires sont déjà exclus en partie du foyer initial d'infection par la paroi de la cavité, formée comme on le sait par trois couches limitantes et protectrices : une couche leucocytofibrineuse, une couche conjonctive jeune, une couche scléreuse. Certes, le pus et les microbes peuvent traverser cette barrière ; aussi les injections péricavitaires de Pénicilline sont-elles justifiées. Mais elles nous paraissent moins indipensables que l'injection dans la cavité elle-même. Une fois nous l'avons pratiquée exclusivement (obs. 20) avec un excellent résultat. Une fois nous l'avons négligée (obs. 26) et peut-être l'échec enregistré est-il dû à ce défaut de technique.

CONCLUSIONS

I. — Les infiltrations locales de Pénicilline constituent au point de vue théorique et pratique un traitement de choix dans les affections de petite chirurgie.

II. — Si l'affection en cause est traitée au stade congestif, on obtient le plus souvent une résorption sans suppuration, et une guérison sans intervention chirurgicale. Cette action de la Pénicilline a d'autant plus de chances de se manifester, que l'affection est traitée plus près de son début.

III. — Lorsque l'affection est traitée au stade suppuratif, l'intérêt de la Pénicillinothérapie locale réside dans son action limitative.

IV. — L'action sur la douleur se manifeste avec une constance remarquable, dans les tous premiers jours du traitement.

V. — L'action sur la température est toujours effective mais plus ou moins rapide, selon les cas considérés (2 à 8 jours en général).

VI. — La tuméfaction et l'induration sont toujours plus lentes à disparaître, mais là encore, le type de l'affection intervient.

VII. — Les suppurations collectées doivent toujours être évacuées, mais la Pénicillinothérapie rend très souvent la simple ponction suffisante.

VIII. — L'incision garde tous ses droits lorsque la ponction est inopérante ou peut paraître dangereuse.

IX. — Les rapports de la Pénicillinothérapie et du traitement chirurgical ont besoin d'être encore précisés

par des expériences plus nombreuses en ce qui concerne notamment les abcès du sein et les infections aiguës de la main et des doigts.

X. — Une aggravation apparente des phénomènes locaux et même généraux n'est pas rare en début de traitement. Ces incidents cessent immédiatement et souvent de façon brutale, après diminution de la quantité de liquide injecté, du rythme des injections, ou arrêt de la médication.

XI. — 2.000 à 60.000 U.O. par séance, 1 à 2 injections par 24 heures nous ont toujours parues suffisantes.

XII. — La durée du traitement est en moyenne de l'ordre de 3 à 6 jours, mais varie avec chaque affection et selon les résultats obtenus.

BIBLIOGRAPHIE

AUBIN. — « Ann. d'Oto-Rhino-Laryngologie », T. 12. 1944-1945, N° 12, Octobre-Décembre 1945 (P. 505 et 506).

AUBIN. — « Thérapeutique par la Pénicilline ». Masson, éditeur, Paris (P. 777).

BARRON & MANSFIELD. — « British Medical Journal » 1944. N° 16, 16 Avril 1944 (P. 512-523).

BELLENGER. — « Presse Médicale », 16 Novembre 1946 (P. 573).

BERNARD. — « Bruxelles Médical », Décembre 1945 (P. 16 et 18).

BERROD. — Thèse Paris 1945.

BOULIN. — « Presse Médicale », 1944. N° 19 (P. 292).

CANIZAIRES. — « Ann. de Dermato. et de Syphil. », N° 5. Juillet 1947 (P. 256).

CIAMPI. — Thèse Paris 1946.

CORIAT. — « La Pénicilline ». Maloine, éditeur, Paris.

CUILLERET. — « Journal de Médecine de Lyon », 20 Août 1946, N° 639 (P. 601-607).

CUILLERET. — « Ann. de Dermato. et de Syphil. », N° 11 bis, Novembre 1946 (P. 814-816).

DE GENNES & MAHOUDEAU. — « Société Médicale des Hôpitaux de Paris », 1er Décembre 1944.

FONTAINE. — « Thérapeutique par la Pénicilline ». Masson, éditeur (P. 842-843).

GRIOLLET. — « Presse Médicale », 11 Mai 1946 (P. 311).

HELLIER. — « Bruxelles Médical », N° 13, 8 Juillet 1945 (P. 616).

HURIEZ. — « Thérapeutique par la Pénicilline », Masson, éditeur (P. 707-708).

HURIEZ & LEBORGNE. — « Presse Médicale », N° 10, 9 Mars 1946 (P. 141-142).

HURIEZ & LEBORGNE ». — « Ann. de Dermato. et de Syphil. », Nos 7-8, Juillet-Août 1945 (P. 216-217).

JONCHERES. — « Thérapeutique par la Pénicilline ». Masson, éditeur, Paris (P. 675-677).

KROMANN. — « Acta. Pharmacologica et Toxicologica », 2, N° 2, 21 Juin 1946 (P. 185-206).

LEMIERRE & LAPORTE. — « Thérapeutique par la Pénicilline », Masson, éditeur (P. 21-22).

LEPOUTRE. — « Journal des Sciences Médicales de Lille », N. 25. 9 Décembre 1945 (P. 427).

LEVADITI. — « La Pénicilline et ses Applications Thérapeutiques ». Masson, édit., Paris.

MARTIN, NITTI, SUREAU, BERROD. — « La Pénicilline et ses Applications Cliniques ». Flammarion, éditeur, Paris.

MARTIN & REBOUL. — « Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris », séance du 26 Mai 1944. Nos 15, 16, 18, 1944 (P. 232, 234).

MARTIN, SUREAU & VITTOZ. — « Presse Médicale », N° 11. 3 Juin 1944 (P. 168).

MARTIN, SUREAU & VITTOZ. — « Bulletin et mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris ». Séance du 26 Mai 1944. Nos 15, 16, 17, 18 1944 (P. 231-232).

MOLLINEDO. — « Ann. de Dermato et de Syphil. », N° 3, Mars 1947 (P. 112-129).

OLLIER-DOLFUSS (Mme) & BALLE. — « Thérapeutique par la Pénicilline ». Masson, éditeur (P. 540-543).

PAUTRIER & WASNER. — « Ann. de Dermato et de Syphil. », N° 4, Avril 1947 (P. 152).

PELLERAT. — « Ann. de Dermato et de Syphil. ». N° 11 bis, Novembre 1946 (P. 811-813).

PORTE & MAYER. — « Thérapeutique par la Pénicilline ». Masson, éditeur (P. 210-212).

RAOUL-DUVAL, MULLER & BONNET. — « Thérapeutique par la Pénicilline », Masson, éditeur (P. 852-856-857).

RICHARD. — « Thérapeutique par la Pénicilline », Masson, éditeur (P. 233).

ROSE & HURWITZ. — « New England Journal of Medecine », 234, N° 9, 28 Février 1946 (P. 291-295).

ROUGEY & LEMARIEY. — « Thérapeutique par la Pénicilline », Masson, éditeur Paris (P. 310-311).

STHAL & STEPHAN. — « Thérapeutique par la Pénicilline » Masson, éditeur (P. 787-788).

TAYLOR & HUGUE. — « The Lancet », N° 6329, 29 Décembre 1944 (P. 780-784). In : « Revue du Corps de Santé Militaire », T. II, N° 1, 1946 (P. 45-46).

TREFOUEL. — « Thérapeutique par la Pénicilline », Masson, éditeur (P. 3 à 18).

TURPIN & CHASSAGNE. — « La Pénicilline, Pharmacologie et Thérapeutique », Drouin, éditeur Paris.

VINCENDEAU. — Thèse Bordeaux 1945.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Le Doyen,
DUPÉRIÉ.

Le Président du Jury,
F. PAPIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Bordeaux, le 14 Février 1948.

Le Recteur,
A. MARCHAUD.